

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR

MICHELLE ST-PIERRE

TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE ET
STYLE DE DÉFENSES PSYCHOLOGIQUES

MARS 1994

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

La présente recherche a pour objectif d'aborder les troubles du comportement alimentaire, plus spécifiquement l'anorexie et la boulimie. Cette problématique semble être influencée par plusieurs facteurs: socio-culturels, biologiques et psychologiques. Les troubles du comportement alimentaire ont augmenté depuis 30 ans et se retrouvent presque exclusivement chez les femmes des sociétés occidentales. Certains éléments des contextes socio-culturels sont mis en relation avec le développement des troubles du comportement alimentaire. La santé de ces patientes est perturbée à plusieurs niveaux. La dénutrition associée à ces troubles provoque un inconfort qui semble maintenir cette problématique. Des facteurs biologiques sont également mis en relation avec le développement de ces troubles. Finalement, les facteurs psychologiques s'avèrent être un élément central pour comprendre la présence des troubles du comportement alimentaire chez un individu. Sa personnalité est influencée par de multiples facteurs: elle est le lieu de réception, d'intégration et d'articulation unique des influences biologiques, socio-culturelles, familiales, et psychologiques. Le stade de séparation-individualisation comporte des enjeux importants, entre autres, dans la

formation de l'identité; ces enjeux sont différents chez le garçon et chez la fille. La fille doit en même temps se séparer et s'identifier à la même personne, la mère, et une difficulté à ce niveau peut entraîner des pathologies comme les troubles du comportement alimentaire. De plus, le stade de séparation-individualisation comporte des éléments très importants dans la formation du Moi. Des difficultés dans son développement peuvent entraîner une faille du Moi et favoriser un fonctionnement défensif primaire. L'hypothèse de la présente recherche est de vérifier s'il existe une relation entre les troubles du comportement alimentaire et un style de défense primaire ou "immature". L'indice de dépression est aussi vérifié, dans la mesure où une séparation de l'objet primaire (la mère) n'aurait pu se faire, entraînant ainsi la présence d'éléments dépressifs dans la vie de l'individu. Trente et une patientes, souffrant de troubles du comportement alimentaire et suivies au Centre Hospitalier de l'Université Laval, ont été rencontrées individuellement. Les questionnaires utilisés sont le *Eating Disorder Inventory*, le *Bond Defense Style Questionnaire* et l'Inventaire de dépression de Beck. Les résultats démontrent un lien significatif entre un style de défense immature et l'intensité des symptômes des troubles du comportement alimentaire, confirmant ainsi l'hypothèse de recherche; de plus ces mêmes patientes rapportent un

indice de dépression élevé. Parallèlement, elles semblent démontrer une "suradaptation" et obtiennent un résultat au style de défense "mature" plus élevé qu'une population normale. Ces patientes semblent vouloir maintenir une "image sociale" parfaite. Une discussion des résultats et des suggestions de recherches éventuelles viennent conclure le mémoire.

Table des matières

Introduction.....	1
Chapitre I- Les troubles du comportement alimentaire: réorganisateur de la personnalité.....	8
Relation entre l'anorexie et la boulimie.....	10
Facteur socio-culturel.....	17
L'augmentation des TCA dans la société occidentale.....	20
L'approche féministe et les TCA.....	23
Rôle de la famille dans la transmission des valeurs socio-culturelles.....	25
Facteur biologique.....	30
Problèmes physiques et TCA.....	30
Problèmes physiques suite aux TCA.....	32
Lien entre les TCA et le facteur biologique: une conception psycho- somatique.....	36
Facteur psychologique.....	40
Définition de la personnalité.....	41
Etudes empiriques.....	51
Les TCA: "réorganisateurs" de la personnalité.....	59
Chapitre II: Méthodologie.....	68
Sujets.....	69
Instruments de mesure.....	71
<i>Eating Disorders Inventory</i>	72
<i>Bond Defense Style Questionnaire</i>	83
Inventaire de Dépression de Beck.....	91

Déroulement de l'expérience.....	96
Hypothèses de recherche.....	97
Chapitre III: Présentation des résultats et discussion	99
Résultats au EDI.....	100
Résultats au BDSQ.....	102
Résultats au BDI.....	104
Vérification des hypothèses de recherche.....	104
Discussion.....	109
Conclusion.....	122
Références.....	126
Appendice.....	136

Liste des tableaux

Tableau

1	Corrélations entre les échelles du <i>Eating Disorders Inventory</i> (EDI) et autres questionnaires psychométriques chez les patientes ayant des troubles du comportement alimentaire.....	80
2	Analyse factorielle d'une mesure d'auto-évaluation du style de défense.....	88
3	Corrélations entre les styles de défense, le <i>Loevinger's Ego Development</i> et le <i>Ego Streght Measures</i>	89
4	Résultats moyens obtenus au <i>Bond Defense Style Questionnaire</i> (BDSQ) par les sujets de la recherche, et par une population psychiatrique et non-psychiatrique d'après une recherche de Bond, Gardner, Christian et Sigal (1983)	101
5	Résultats moyens obtenus par des anorexiques et par une population féminine normale pour chacune des huit échelles du <i>Eating Disorders Inventory</i> (EDI), d'après une étude de Garner et al. (1993); et, résultats moyens obtenus par les sujets de la recherche	103
6	Intercorrélations entre le <i>Eating Disorders Inventory</i> (EDI) et les 4 styles de défense du <i>Bond Defense Style Questionnaire</i> (BDSQ).....	105
7	Corrélations entre les 4 styles de défense du <i>Bond Defense Style Questionnaire</i> (BDSQ), les 8 échelles et le résultat global du <i>Eating Disorders Inventory</i> (EDI).....	107

Introduction

Cette recherche veut approfondir le lien entre les troubles du comportement alimentaire, l'anorexie et la boulimie, et la personnalité d'un individu, plus spécifiquement, son style de défenses psychologiques.

Une enquête sur le "Profil des québécois désirant un poids insuffisant" du Ministère de la Santé et des Services sociaux (Gagnon, Kishchuk, Belisle et Laurendeau, 1991) menée en 1987, révélait qu'au Québec, une proportion importante de québécois de 15 ans et plus, soit 9%, se regroupent sous la bannière de "poids insuffisant" (catégorie dont l'indice de masse corporelle reflète un risque de mortalité). De plus, 32,7% de ceux-ci désirent ou bien maintenir leur poids ou bien maigrir davantage. Parmi les québécois de poids normal, 11,6% souhaitent une grande diminution de poids. L'anorexie mentale serait présente chez 1% de la population féminine âgée entre 12 et 25 ans; de plus, ce résultat n'inclue pas les jeunes filles ayant des troubles de comportement alimentaire, mais ayant un "poids normal". Ces derniers chiffres démontrent la présence de plus en plus importante de ces troubles dans la population québécoise et mettent en évidence les questions que soulève une problématique aussi complexe. Avant d'aborder plus en détail les troubles du comportement

alimentaire (qui seront abrégés TCA au cours de cette recherche), un bref historique sera fait sur le lien entre la nourriture et la société.

Il y a un peu plus d'un siècle, Gull (1873) en Angleterre et Lasegue (1873) en France décrivaient presque simultanément "l'anorexie nerveuse". Pour la première fois des médecins constataient que "la consommation", comme on disait alors, pouvait relever de causes autres qu'organiques et l'hystérie, soupçonnée d'être à l'origine de la maigreur exceptionnelle de ces adolescentes, permettait au psychiatre d'aborder, pour la première fois, les mécanismes compliqués de la faim et de la satiété. Si l'anorexie reste le prototype des troubles nutritionnels d'origine psychique, elle n'est pas seule en cause. Des états psychopathologiques nombreux et variés, s'accompagnent de symptômes d'oralité. L'obésité, envers placide de la maigreur, s'est cachée plus longtemps sous divers diagnostics médicaux. Elle n'est pas une "maladie", puisque considérée dans de nombreuses cultures comme un signe extérieur de richesse; elle est non seulement admise, mais parfois consciemment recherchée. Mais au fil des ans tout change avec l'abondance alimentaire relative des pays développés qui ont l'opportunité de manger à leur faim. Les médecins de ces pays ne tardent pas à démontrer que l'embonpoint est un facteur de risques pour de nombreuses affections, en particulier pour les affections cardio-

vasculaires. Dès lors la tendance s'inverse: hantés par le spectre de l'infarctus, les capitalistes maigrissent, tandis que les prolétaires grossissent.

La bouche est à la fois l'endroit le plus secret et le plus exposé de notre corps. Carrefour d'échange entre le moi et le monde, la bouche est un lieu d'absorption et de rejet, de plaisir et de douleur, d'érotisme et de cruauté. Elle symbolise l'acceptation et la passivité, le refus et le repli. Surtout, elle est le lieu où s'élaborent la langue et la parole, et ce que les sons ne peuvent dire, souvent la nourriture l'articule. Manger acte social et relationnel par excellence, est un appel qui peut être entendu ou perdu. "Manger, disait Brillat Savarin, c'est parler avec les autres" (Laxenaire, 1983, p.3). L'acte de s'alimenter est un besoin primitif et vital. L'acte concret qu'il représente au départ, devient, par le jeu des complications arbitraires, prétexte à des croyances et à des interdits symboliques. Il en résulte des conséquences aussi bien dans la conduite des individus que dans le système de leurs relations sociales.

Le plaisir qu'on retire de la nourriture est à l'origine des complications croissantes apportées à la préparer. L'histoire est témoin des changements fréquents. Les Romains de l'époque Républicaine mangeaient peu, ceux de l'Empire passaient leur temps à table et se faisaient vomir

afin de pouvoir manger continuellement. Alors que Rabelais a été le héros du règne de la quantité et que Pantagruel dévorait du même appétit nourriture, vins, sexe et connaissance, avec le XVII^e siècle, les aliments rares font leur apparition. La gastronomie met en évidence deux aspects complémentaires toujours retrouvés au fil des siècles et des cultures: le plaisir de l'individu face à lui-même et celui de l'appartenance à un groupe culturel commun. Les repas pris en commun sont l'occasion de resserrer les liens qui existent entre ceux qui partagent une même idéologie. La gastronomie -ou son refus- est un mode de communication non-verbale au même titre que la danse et la musique.

A travers les efforts que font certaines personnes pour maigrir, dans le "comment être mince sans souffrance" et "comment rester jeune et svelte sans se restreindre", on observe le désir de rester jeune et en santé, mais aussi la peur de la dégradation. Nos croyances face à certains régimes alimentaires sont souvent sans fondement, sans rapport avec des connaissances en nutrition, certains régimes sont parfois même très dangereux. Lévy-Strauss appelle la mentalité prélogique, "à savoir la tendance à croire qu'il existe quelque part une clé de sagesse et de bonheur, de santé aussi, clé qui est, bien évidemment, léguée par une longue tradition" (Laxenaire, 1983, p.25). Selon Laxenaire (1983), chaque individu porte en lui un

capital de croyance inemployé qui ne demande qu'à s'investir sur n'importe quel objet. Les aliments n'ont pas de pouvoir magique, mais ils ont un pouvoir chimique et des effets métaboliques que notre corps accepte bien ou mal. Le reste n'est que croyance aléatoire, fruit de notre angoisse devant la mort. La nourriture-plaisir se dégrade ainsi en nourriture-phobie lorsque se profile, au-delà de la satisfaction immédiate, la peur de la mort. Les TCA peuvent se comprendre en référence à deux aspects régulièrement liés à la nourriture: la recherche du plaisir et la crainte de la mort.

La présente recherche, se veut d'abord une contribution théorique et clinique dans le traitement des TCA. L'objectif théorique principal est de mieux comprendre cette problématique, à travers une approche étiologique et psychodynamique qui tente de cerner et d'intégrer les différents éléments qui sont impliqués dans les TCA. Cette étude sera faite auprès d'une population féminine québécoise et francophone. Le facteur socio-culturel jouant un rôle important dans cette problématique, il apparaît intéressant d'explorer les TCA au sein de cette population.

Au chapitre un, nous définirons les troubles du comportement alimentaire après avoir discuté de la classification de ces troubles qui demeure un élément des plus controversé; nous prendrons position face à ces classifications pour les besoins de la recherche. Par la

suite, nous ferons le point dans la littérature autour de trois facteurs étiologiques qui permettront de mieux cerner ce phénomène: facteurs, socio-culturel, biologique et psychologique. Le facteur psychologique apparaîtra primordial puisque la personne est le point de réception, d'articulation, d'interaction des forces socio-culturelles et biologiques qui l'entourent. Ce facteur sera approfondi et abordé à partir d'un cadre de compréhension analytique pour en arriver plus spécifiquement à l'étude du "style de défense" psychologique chez les patientes ayant des TCA. L'hypothèse principale de recherche sera par la suite formulée. Le chapitre deux exposera la méthodologie utilisée lors de l'expérimentation. Le chapitre trois sera consacré à la présentation et à la discussion des résultats.

Chapitre I

Les troubles du comportement alimentaire:
"réorganiseurs" de la personnalité

Dans la première partie du chapitre un, une définition des troubles du comportement alimentaire (TCA) sera développée. La classification de ces troubles et la relation qui existe entre l'anorexie et la boulimie seront présentées. Par la suite, l'apport de trois facteurs étiologiques au sein de cette problématique sera exploré: les facteurs, socio-culturel, biologique et psychologique. Il sera possible, à partir de cet exposé, de constater que les deux premiers facteurs convergent vers le troisième. C'est pourquoi, le facteur psychologique sera davantage approfondi, en abordant la "personnalité" à partir d'une conception psychodynamique. Enfin, les liens entre la personnalité et les TCA seront dégagés. Le chapitre se terminera par l'exploration du rôle possible des troubles du comportement alimentaire comme "réorganisateur" de la personnalité et par la formulation de l'hypothèse générale de recherche.

Relation entre l'anorexie et la boulimie

La classification des TCA est un champ théorique assez complexe. Délimiter d'abord l'anorexie de la boulimie, et, par la suite, de l'obésité, n'est pas chose simple. De plus, les TCA peuvent se retrouver au sein d'autres syndrômes (la schizophrénie, par exemple). Enfin, définir une problématique à partir de sa symptomatologie peut présenter des difficultés, du fait de la présence concomitante des mêmes symptômes dans deux problématiques alimentaires différentes. Par exemple, on peut retrouver des symptômes boulimiques autant dans l'anorexie que dans la boulimie. Dans ces efforts de définition, des critères psychologiques se sont ajoutés aux symptômes pour en arriver à préciser davantage le diagnostic des TCA. Il n'en demeure pas moins que les recherches faites jusqu'ici, ne nous offrent pas encore de classification définitive de ces troubles. Dans les paragraphes qui suivent, les études les plus importantes seront présentées. A la fin, nous opterons pour une classification qui nous servira de point de repère tout au long de la recherche.

L'obésité comporte un dérèglement des habitudes alimentaires; mais c'est habituellement avec l'anorexie et la boulimie que l'on associe le terme de "troubles du comportement alimentaire" (TCA). Un symptôme principal

identifie l'anorexie et la boulimie: la peur morbide d'engraisser et de devenir obèse, accompagnée de comportements autodestructeurs pour maintenir le poids. Même avec ce critère, il demeure très difficile de délimiter ces deux problématiques. Même si on remarque des différences significatives entre les deux, par exemple, une impulsivité significativement plus élevée chez les boulimiques que chez les anorexiques, les auteurs s'entendent sur le lien existant entre l'anorexie et la boulimie, ces deux syndrômes se situant sur un même continuum psychopathologique. La classification de ces troubles demeure donc fluctuante et non-définitive.

La classification officielle des TCA se fait à l'aide de critères diagnostiques tels que ceux établis par *L'American Psychiatric Association* (1987), Russell (1970), ou Feighneir (1972) (voir Appendice A), pour ne nommer que les plus importants. Ces critères différencient l'anorexie de la boulimie, mais le diagnostic de boulimie n'est donné seulement que lorsque "les épisodes de boulimie ne sont pas dus à une Anorexie Mentale" (voir appendice), et ces mêmes critères ne mentionnent pas la présence d'épisodes boulimiques dans l'anorexie. Cette classification demeure donc incomplète, puisque la présence concomitante de symptômes d'anorexie et de boulimie n'est pas classifiable selon ces critères. Etant donné les difficultés d'en arriver à une classification complète des TCA qui rende

compte de l'hétérogénéité retrouvée dans la population, les auteurs s'entendent souvent sur quatre catégories diagnostiques "non officielles". Cette classification (Garner, Garfinkel et O'Shaughnessy, 1985) délimite d'une part, les anorexiques sans aucun symptôme de boulimie; les anorexiques-boulimiques avec symptômes de boulimie; et d'autre part, les boulimiques, sans aucun symptôme d'anorexie. Il existe dans plusieurs classifications une quatrième catégorie, les atypiques, caractérisées par les mêmes symptômes anorexiques et boulimiques; mais ces "atypiques" ne peuvent être classées dans les trois catégories précédentes, faute de répondre exactement aux critères d'anorexie et de boulimie.

Selon Garner *et al.* (1985), chaque cas est individuel et est susceptible de présenter des typologies très variées. De nombreux arguments incitent à penser qu'anorexie et boulimie ne sont en fait que les deux pôles d'un même continuum pathologique (Garner et Garfinkel, 1988). Pour certaines patientes, l'anorexie est un comportement restrictif pour contrôler le poids, et lorsque celui-ci ne suffit plus, le comportement boulimique (vomissements provoqués) apparaît et prend la relève (Beaumont, George et Smart, 1976). Selon Garner et Garfinkel (1988), les patientes oscillent dans le temps entre les deux syndrômes. De nombreuses patientes que l'on nomme "boulimiques à poids normal" ont perdu autant de poids que les patientes

présentant une anorexie typique, mais elles sont simplement parties d'un poids absolu de départ plus élevé (Garner et Garfinkel, 1988). Des données mettent en évidence la présence d'antécédents d'anorexie chez plusieurs patientes boulimiques. Une étude de Russel (1979), démontre que 56% d'un échantillon de patientes boulimiques avaient eu, par le passé, un diagnostic d'anorexie. En 1985, Garner et al. notaient que dans leur service, à l'Hôpital général de Toronto, avant 1982, plusieurs patientes boulimiques étaient diagnostiquées boulimiques avec antécédents d'anorexie. Plus récemment, ils notaient que les patientes boulimiques étaient diagnostiquées sans antécédents d'anorexie. Ceci les amène à se questionner sur les méthodes d'investigation utilisées pour diagnostiquer et différencier la boulimie de l'anorexie et de la difficulté d'apposer un diagnostic différentiel.

Des données démographiques recueillies par les mêmes auteurs (Garner et al., 1985), ne présentaient pas de différences significatives entre les anorexiques et les boulimiques: même statut économique élevé, même niveau de scolarité, même âge moyen, etc.. Cette étude met aussi en évidence que les différences entre les anorexiques-boulimiques et les boulimiques sont très minimes, le seul critère qui les différencie étant l'absence d'antécédents d'anorexie chez les boulimiques, alors que d'autres variables comme la fréquence des crises de boulimie, la

durée des crises, la quantité et la qualité de la nourriture absorbée, la fréquence des vomissements, l'utilisation de laxatifs ou de diurétiques, étaient de même ordre.

Même si l'anorexie et la boulimie ont plusieurs points en commun, il n'en demeure pas moins qu'elles se démarquent, sur certains aspects, l'une par rapport à l'autre. Des différences significatives sont remarquées entre les anorexiques "pures", ne présentant aucun symptôme boulimique et les boulimiques "pures", ne présentant aucun antécédent d'anorexie. Selon Lacey (1982), les patientes boulimiques ont un désordre de la personnalité plus important que les anorexiques au MMPI; les traits d'impulsivité et de manque de contrôle de soi ressortent significativement plus élevés chez les boulimiques. Par contre, cette observation n'a pas été supportée par Norman et Herzog (1983) qui eux, n'ont pas trouvé de différences significatives entre les deux syndrômes au MMPI. Une recherche de Strober, Salkin, Burroughs et Morrell (1980) révèle que les parents de boulimiques ont un désordre affectif et impulsif significativement plus élevé que les parents d'anorexiques; elle révèle aussi, chez les parents de boulimiques, une tendance à avoir des problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme. D'autres travaux, tels ceux de Beaumont et al., (1976); Garner, Garfinkel et Moldofsky (1980); Garner et al., (1985), démontrent la présence élevée de problèmes d'impulsivité, d'alcoolisme, de toxicomanie, de cleptomanie,

de tentative de suicide et d'automutilation chez les patientes boulimiques comparativement aux patientes anorexiques.

En conséquence, il apparaît que pour certaines patientes, la façon de contrôler leur poids ou ce qu'elles mangent s'exprime, soit en adoptant des comportements anorexiques, soit en optant pour des comportements boulimiques, le passage d'un syndrome à l'autre étant possible. Ceci soulève plusieurs questions. Est-ce qu'un changement de symptôme (de l'anorexie à la boulimie) représente un changement de pathologie ou bien est-ce un changement de symptôme dans une même problématique? Garner et Garfinkel (1988), affirment que les variations entre les patientes d'une même catégorie diagnostique sont parfois plus marquées que les variations d'une catégorie à l'autre. La présente recherche veut explorer le lien entre le système de défense et les troubles du comportement alimentaire et elle optera pour le modèle classificatoire suggéré par Garner et Garfinkel (1988). Cette classification délimite quatre catégories diagnostiques: anorexie, anorexie-boulimie, boulimie et atypique; mais plus important, elle les situe sur un même continuum psychopathologique, celui des TCA. La problématique des TCA se caractérise par une peur d'engraisser et est accompagnée de comportements auto-destructeurs pour contrôler le poids et ce qui est mangé; ces comportements vont de la restriction alimentaire

drastique à laquelle s'astreignent les anorexiques aux vomissements provoqués dans la boulimie. Ces comportements ont la même finalité: contrôler le poids.

Pourquoi une personne développe-t-elle des troubles du comportement alimentaire? Cette problématique est complexe et plusieurs auteurs (Garfinkel et Garner, 1982; Garner et Garfinkel, 1980; Yates, 1989) s'y sont intéressés et suggèrent de l'approcher à partir de trois facteurs étiologiques: socio-culturel, biologique et psychologique.

Facteur socio-culturel

Le terme "*culture-bound-syndrome*" utilisé par Ritenbaugh (1982) pour parler des TCA, démontre bien l'importance du contexte socio-culturel dans l'étiologie des troubles du comportement alimentaire. Cette perspective lie les conditions d'éclosion d'un syndrome, sa compréhension, et la possibilité de son traitement à l'environnement social et à la culture à laquelle il appartient. Chaque culture aurait ses problèmes mentaux favoris. Emmett (1985), précise l'influence des changements culturels sur l'adaptation d'un individu: "Les changements culturels créent des conditions pour une sélection inconsciente de certaines défenses psychiques et certains types de régressions, tirant leurs origines de l'expression de besoins et de conflits remontant à l'enfance." (p.195) (traduction libre). L'expérience historique démontre qu'une société "favorise" des pathologies spécifiques. La façon dont une société perçoit une maladie influence significativement le développement de celle-ci. Au 19^e siècle la tuberculose se distinguait comme étant une maladie "romantique" qu'on associait aux gens sensibles et délicats, le teint pâle étant considéré comme un trait de beauté (Brumberg, 1988).

Depuis la 2^e guerre mondiale, les changements culturels et sociaux sont nombreux. L'augmentation des TCA dans les

sociétés industrielles est évidente et confirmée par plusieurs études (Emmett, 1985). Les TCA sont surtout présents dans les pays occidentaux. De plus, dans ces pays, les différentes ethnies semblent atteintes de façon différente. En Amérique du Nord, ces troubles affectent beaucoup plus les blancs que les noirs ou les asiatiques (Gray, Ford et Kelly, 1987; Sanchez-Cardenas, 1991). On remarque aussi des différences entre les ethnies selon l'importance de leur adaptation: plus elles ont assimilé les valeurs occidentales, plus elles développent des TCA (Nasser, 1986).

La prédominance féminine de ces troubles est évidente et confirmée par toutes les études. On estime à un cas sur dix seulement la proportion des hommes ayant des TCA. Quelques études ont été faites pour comprendre ces troubles chez les hommes. Mais comme les TCA touchent presque exclusivement les femmes, la présente recherche se limitera à la dimension féminine de cette problématique.

La plupart des recherches démontrent la prédominance d'un niveau socio-économique élevé chez les femmes souffrant de TCA, comme par exemple, chez les étudiantes en médecine (Herzog, Pepose, Norman et Rigotti, 1985). Cependant, d'autres auteurs (Pope, Champoux et Hudson, 1987) arrivent à des conclusions différentes et démontrent une prédominance dans les classes moins favorisées. Différents facteurs peuvent expliquer ces résultats apparemment contradictoires:

l'accès plus facile qu'auparavant pour les classes défavorisées aux soins médicaux, un meilleur dépistage et une plus grande "répartition" de ces troubles dans les dernières années suite à l'adoption dans d'autres couches de la société du modèle de réussite et de performance individuelle.

A la lueur des données "épidémiologiques" précédentes, quelques questions s'imposent. Pourquoi les TCA se retrouvent principalement dans les sociétés occidentales? A quoi peut-on attribuer l'augmentation presque exponentielle de ces troubles, depuis 1960, dans ces sociétés? Des questions auxquelles l'approche socio-culturelle tente de répondre en présentant la société capitaliste et les valeurs qui s'y rattachent, comme étant un des facteurs qui augmentent les risques de retrouver des TCA. D'autre part, les TCA touchant presque exclusivement les femmes, la conception féministe des TCA tentera d'expliquer ce phénomène. Finalement, les TCA seraient majoritairement présents dans les familles de niveau socio-économique élevé. La famille ayant comme rôle la transmission des valeurs socio-culturelles, ses influences dans le développement des TCA seront abordées.

L'augmentation des TCA dans la société occidentale

Plusieurs facteurs de la société contemporaine peuvent avoir influencé à différents niveaux la croissance des TCA. Il est d'abord possible de constater la sédentarité qu'a entraîné la mécanisation et la robotisation du travail dans nos sociétés industrialisées. Les conséquences qui en découlent sont une augmentation des temps de loisir, mais également la disparition d'une source importante d'activités physiques et sociales.

Un autre facteur des plus importants est sans aucun doute le raffinement et l'efficacité des moyens de communication: ceux-ci étant beaucoup utilisés à des fins de *marketing*, dans le but de rentabiliser une société de consommation. Les valeurs sociales qui y sont véhiculées sont présentes dans chaque foyer et il est presque impossible de les ignorer. Le culte de la minceur et la stigmatisation de l'obésité en sont des exemples flagrants. La croissance de la publicité sur les diètes depuis les 20 dernières années est fulgurante. De 1960 à 1978, Garner, Garfinkel, Schwartz et Thompson (1980), ont constaté une augmentation de 70% des articles consacrés aux régimes amaigrissants dans les magazines féminins. L'emphase mise, dans ces revues, sur les standards de beauté (minceur) et sur l'image de la femme idéale, est aussi très révélatrice du choix que la société fait. D'après une enquête de Wallechinsky, Wallace et Wallace (1977: voir Garfinkel et

Garner, 1982), alors que dans les années 1960, l'image de la femme idéale correspondait à Elizabeth Taylor et Marilyn Monroe (hanches et buste proéminents), en 1976, c'était celle du mannequin anorexique Twiggy qui correspondait au modèle idéal féminin. D'après Garner et Garfinkel (1980), en comparant le poids de *Miss American Pageant* de 1959 à 1978, on remarque une diminution constante du poids de la gagnante.

Selon Brumberg (1988), nous vivons constamment dans la contradiction d'un système économique capitaliste. Dans un premier temps, celui-ci nous met dans un contexte d'abondance où la nourriture est présente partout. Le milieu dans lequel se retrouve les étudiants de niveau universitaire est un bon exemple: cafétéria, comptoir lunch, machines distributrices, etc., tout est à la portée de la main et prêt à être avalé. Pour Brumberg, on peut parler d'une "désocialisation" (p.348) (trad.libre) du comportement alimentaire, car ce contexte favorise le mangeur solitaire. La facilité avec laquelle il est possible de manger à toute heure du jour et de la nuit ne fait que démontrer le manque de limites dans ce chaos alimentaire qui favorise le comportement boulimique (Brumberg, 1988). Tout à côté de cette abondance se retrouvent des valeurs sociales de contrôle de soi et d'image sociale de la femme idéale comme étant très mince. Face à ces deux messages contradictoires,

les exigences externes sont immenses pour l'individu qui est influencé profondément par ces réalités quotidiennes.

D'autres facteurs peuvent contribuer à l'augmentation apparente des TCA. Pour Schwartz, Thompson et Johnson (1982), cette problématique est sortie de l'ombre à l'aide des médias qui transmettent des informations sur sa nature: ceci les démystifie et peut assurer un meilleur dépistage. Par contre, pour certains auteurs, cette publicité peut aussi engendrer une augmentation en soi du phénomène (Schwartz et al., 1982; Striegel-Moore, Silberstein et Rodin, 1986). Des études démontrent que les jeunes adolescentes sont souvent en quête de moyens pour contrôler leur poids (Charlton, 1984); elles risquent de percevoir les comportements liés aux TCA comme étant une solution pour parvenir à ce contrôle. Plusieurs anorexiques considèrent que ces comportements sont une solution, une façon de survivre (Orbach, 1985).

En résumé, des changements dans la nature du travail, des moyens de communication modernes et efficaces inondant la société de publicité sur la nourriture, les diètes, les idéaux féminins souvent irréalistes de minceur, des standards de santé différents peuvent tous avoir influencé l'augmentation des TCA.

L'approche féministe et les TCA

Les travaux de Orbach depuis 1978 situe la problématique des TCA dans la cadre d'un modèle féministe et tente d'expliquer la prédominance féminine de cette maladie. Pour Orbach, les TCA sont la solution ultime face à un conflit entre une identité de femme et une image sociale féminine de minceur prônée par la publicité. Parler de l'identité féminine et des TCA implique nécessairement les relations femme-nourriture et femme-corps; ces dernières sont complexes et impliquent une multitude d'éléments. Dans la plupart des cas, la chaîne symbolique: femme= nourriture= amour, fait partie de notre héritage humain; pour la femme, ceci constitue aussi un héritage "identificatoire". Les femmes, à travers les siècles, ont eu la possibilité de sublimer ce besoin d'amour en nourrissant et en s'occupant des autres. Les femmes ont aussi un héritage qui leur désigne une place sociale inférieure à celle des hommes. Même si aujourd'hui les mouvements féministes revendiquent une place respectable et égale pour la femme, il n'en demeure pas moins que les changements de mentalités ne se font que très lentement. Ceci demande des transformations, et de la part de la société, et de la part des femmes: ce qui est délicat étant donné les remaniements de leur identité profonde que cela implique. Selon Orbach, les adolescentes démontrent qu'elles ont des projets d'avenir très traditionnels, le mariage et la vie familiale ayant

souvent priorité sur la carrière, et ceci au grand désespoir des féministes.

Pour Orbach, la publicité promeut certains messages qui ont pour effet de réduire le corps de la femme à l'état d'objet; par exemple, être mince assure amour et sécurité. A un autre niveau, les changements sociaux provoqués par la libération des femmes exigent de celles-ci qu'elles travaillent à l'extérieur et qu'elles soient performantes. Jusqu'à quel point ces changements qui ont donné une place réelle aux femmes, ne les réduisent-elles pas trop souvent à l'état de "*super women*", une place très peu enviable et surtout fort épuisante.

La femme moderne se retrouve en plein conflit entre d'une part, son identité de femme (modèle de sa mère), avec ses désirs et l'héritage symbolique qui s'y rattache, et d'autre part, un nouveau modèle qu'elle peut percevoir comme aliénant: la femme-objet performante. Pour Orbach, là est le dilemme dans lequel se retrouve la jeune fille qui développe des troubles du comportement alimentaire.

Mais cette conception des TCA n'apporte qu'un éclairage partiel sur l'étiologie de ces troubles, car toutes les jeunes filles de notre société sont soumises aux mêmes pressions culturelles, mais toutes ne développent pas des TCA.

Rôle de la famille dans la transmission des valeurs socio-culturelles

Dès 1873, Gull et Lasègue notaient que les fréquentes visites à l'hôpital des membres de la famille de la jeune anorexique étaient néfastes dans le traitement. Ces scientifiques reconnaissaient que la famille joue un rôle important dans ces désordres alimentaires et ils recommandaient la séparation du patient et de sa famille pour que le traitement réussisse.

La famille a toujours passé par des changements parallèles à ceux de la société. En ce sens, la famille a deux rôles principaux: l'un, interne, est de voir au développement de ses membres; l'autre, externe, de voir à l'ajustement à une culture et la transmission de cette culture. La société moderne s'est introduite de plus en plus dans la famille, prenant à sa charge bien des fonctions qui étaient autrefois considérées comme les devoirs de la famille. Certaines familles ont délaissé graduellement leurs responsabilités. Pour d'autres, les aspirations parentales de succès et de réussite sociale pour leurs enfants peuvent être très fortes; dans ces milieux, répondre aux aspirations parentales et l'ajustement nécessaire à une culture, peuvent être dangereusement confondus.

D'autres changements sont apparus dans nos sociétés et familles modernes, comme le prolongement de la dépendance des enfants vis-à-vis les parents. Dans une société

spécialisée, les enfants doivent prolonger leurs études, parfois jusqu'à un âge adulte avancé, et par conséquent, restreindre leur autonomie personnelle et financière (Brumberg, 1988). De plus, la famille moderne est constituée d'un nombre restreint d'enfants, comparativement aux familles d'autrefois, ce qui permet un espace physique plus grand (chacun a sa chambre), mais une réduction de la possibilité d'investissements multiples. Tous ces facteurs peuvent entraîner des difficultés de différenciation et d'identité.

Certains auteurs ont étudié la structure familiale rencontrée dans les TCA. Menuchin, Rosman et Baker (1978), ont comparé des familles où l'on retrouvait des enfants ayant des troubles psychosomatiques (asthme, TCA, diabète) avec des familles normales. Ils en sont venus à la conclusion que ces familles avaient plusieurs traits en commun: une structure familiale de base où les frontières sont diffuses; une structure enchevêtrée¹ (*enmeshed*); des comportements surprotecteurs; une rigidité: système fermé sur lui-même; et un évitement des conflits. De plus, les auteurs notent que dans ces familles l'autonomie des individus est sacrifiée pour protéger le statu quo de la

1. L'enchevêtrement fait référence à une forme extrême de proximité et d'intensité dans les interactions familiales. Les frontières entre les sous-systèmes sont mal définies et facilement franchies avec, en conséquence, une confusion des fonctions et des rôles. Enfin, l'autonomie et la différenciation des membres de la famille sont pauvres.

famille. D'autres auteurs en arrivent aux mêmes conclusions, lorsqu'ils décrivent les familles où l'on retrouve exclusivement des TCA (Johnson et Connors, 1987). Selvini-Pallazzoli (1978), constate que les mères d'enfant souffrant de TCA sont trop présentes par rapport aux pères et qu'elles tolèrent difficilement la séparation et l'individualisation de leur enfant. Ces familles semblent difficilement capables de supporter leurs membres dans le processus d'autonomie et de séparation. Un certain enchevêtrement, une fusion entre les membres de la famille, rend plus difficile l'autonomie nécessaire à l'épanouissement. Comme nous le verrons un peu plus loin, chez les sujets ayant des TCA, on retrouve des difficultés de différenciation et d'autonomie qui compromettent leur épanouissement psychologique et social.

En résumé, le lien entre les changements socio-culturels survenus depuis quelques années et l'augmentation des TCA, apparaît assez clair. La mécanisation, l'industrialisation, la robotique ont transformé les milieux et la façon de travailler. L'abondance et la pauvreté, les valeurs économiques et individualistes occidentales ont modifié les mentalités. De telles valeurs mettent de l'avant une image idéale de la femme, image qui entre en conflit avec un héritage d'identifications symboliques enracinées depuis très longtemps. Les TCA peuvent donc être compris en partie, à travers les difficultés

d'identification féminine issues des changements culturels récents. La famille moderne est également en pleine mutation. Plusieurs ont de la difficulté à s'acquitter adéquatement de leur rôle comme agent principal de développement des enfants et de transmission de la culture. Certaines problématiques communes sont relevées dans les familles où l'on retrouve les TCA: frontières diffuses, rigidité, évitement des conflits, etc.. Tous ces facteurs entraînent des difficultés d'identité et de séparation, difficultés qui compromettent le développement d'une personnalité équilibrée et autonome, gage d'une adaptation épanouissante.

Les facteurs socio-culturels exposés précédemment ne peuvent à eux seuls expliquer les TCA; par contre, ils permettent de comprendre en partie l'augmentation de ces troubles depuis quelques années. Les jeunes d'aujourd'hui sont soumis à plusieurs pressions culturelles et sociales. Heureusement, pour certains jeunes ces changements socio-culturels correspondent à des défis, qui ne soulèvent qu'enthousiasme et optimisme. Les influences socio-culturelles n'ont pas des conséquences homogènes, puisque face aux mêmes pressions les jeunes peuvent réagir différemment. Nous avons vu que la famille vient agir comme médiatrice de ces pressions qui s'exercent. D'autres facteurs entrent-ils en jeu? Existe-t-il des prédispositions physiques ou même psychologiques, le milieu

socio-culturel et familial ne créant que les conditions facilitant l'éclosion de cette problématique?

Règle générale, c'est la santé physique des patientes qui amène celles-ci à une consultation médicale pour la première fois, souvent dans un état d'extrême urgence. Ceci nous suggère d'explorer un deuxième facteur qui peut permettre de mieux comprendre le développement des troubles du comportement alimentaire: le facteur physique ou biologique.

Facteur biologique

L'influence du facteur biologique dans l'étiologie des TCA sera d'abord amenée de façon descriptive, en présentant les conséquences de problèmes biologiques sur les comportements alimentaires. Par contre, les TCA amènent une malnutrition et une dénutrition importantes et peuvent, à leur tour, causer des problèmes biologiques et psychiques. Dégager ce qui relève exclusivement du biologique et du psychique est une tâche quasi impossible lorsqu'il est question de TCA. C'est pourquoi, dans une troisième partie, une conception psychosomatique sera élaborée dans le but de mieux saisir l'implication du facteur biologique en plaçant les TCA au carrefour du somatique et du psychique.

Problèmes physiques et TCA

La régulation de la prise alimentaire est un processus qui comporte de multiples facettes. Le rôle des neurotransmetteurs dans ce processus en est un des plus importants. Les neurotransmetteurs sont des molécules qui dans le cas présent, ont pour fonction de réguler la prise alimentaire et plus précisément, de stimuler l'appétit ou d'induire un état de satiété. Certains neurotransmetteurs ont été mis en relation avec le refus de se nourrir et d'autres avec les crises de boulimie. Pour certains auteurs

(Fichter, 1990), les neurotransmetteurs sont au centre des TCA; le facteur biologique (neurotransmetteurs) étant une des causes principales dans l'étiologie des TCA.

Plusieurs neurotransmetteurs agissent à deux niveaux. Les peptides, comme par exemple l'insuline, diminuent la prise alimentaire, tandis que les peptides Y, YY et les opioïdes, augmentent la prise alimentaire. Une étude faite auprès des obèses a démontré que le Naloxone, un antagoniste des opioïdes, diminuait considérablement la prise alimentaire (Sanchez-Cardenas, 1991). D'autres neurotransmetteurs comme la dopamine et l'adrénaline, diminuent également la prise alimentaire. Quant à la sérotonine, elle diminue d'une part l'appétit et d'autre part, elle joue un rôle important dans les crises de boulimie par le biais du tryptophane (TRP). Le TRP, un acide aminé précurseur de la sérotonine, se retrouve principalement dans les aliments. Dans la mesure où la prise alimentaire est surtout caractérisée par l'ingestion d'hydrate de carbone, ce qui est souvent le cas dans les TCA, la quantité de TRP nécessaire pour synthétiser la sérotonine se trouve insuffisante, car les hydrates de carbone introduisent des acides aminés qui entrent en compétition avec le TRP. Le déficit sérotoninergique qui en résulte entraîne des crises de boulimie, caractérisées par la prise d'hydrates de carbone, propageant ainsi la compétition entre les acides aminés et le TRP (Garner,

Garfinkel et Goldbloom, 1987). Le rôle de la sérotonine ne se limite pas seulement à la régulation de la prise alimentaire, elle influence les TCA à d'autres niveaux. Elle est responsable entre autre de la régulation de l'humeur, du sommeil, du système analgésie/douleur, de la thermorégulation et de l'apprentissage. Plus précisément, la sérotonine semble jouer un rôle important dans la dépression et l'impulsivité qui caractérisent souvent les TCA.

En résumé, des dérèglements biologiques peuvent amener des problèmes de comportements alimentaires et avoir des conséquences sur l'équilibre psychique de la personne.

Problèmes physiques suite aux TCA

Comme mentionné précédemment, les TCA ont également des effets complexes sur le maintien d'un équilibre pondéral et sur la santé physique d'un individu. Chaque individu possède un poids personnel idéal. L'auteur Sanchez-Cardenas (1991), parle de "poids affiché":

Tout individu régule sa masse corporelle pour qu'elle reste fixée à son "poids affiché" (ou "set-point"). Le pondérostas est un ensemble de régulations physiologiques (non détaillées ici) qui fixe et maintient le poids corporel à cette "valeur affichée". Chaque individu a son "set-point" qui est régulé avec la même rigueur que les autres grandes constantes de l'organisme: pH, température, etc.. (p.61)

L'auteur parle aussi de l'effet dévastateur que peut avoir les diètes sur l'organisme:

On imagine l'effort et les stratégies qu'il nous faudrait pour maintenir une température abaissée en permanence, ou pour respirer à un autre rythme que celui qui nous est naturel. C'est à quelque chose d'équivalent que s'astreignent les anorexiques et les boulimiques. (p.61)

La répétition des régimes amaigrissants peut être très lourde de conséquences et amener une dénutrition importante. Le poids corporel ne peut être modifié sans changements importants au niveau somatique et psychique. La prise alimentaire est l'élément principal d'une nutrition adéquate et du maintien d'un poids normal, afin de préserver une bonne santé.

L'aménorrhée rencontrée fréquemment dans l'anorexie témoigne d'un dérèglement. Selon Garfinkel et Garner (1982), l'aménorrhée dépend du pourcentage de perte de poids. D'autres études vont dans le même sens; Fries (1973) a trouvé que 75% des anorexiques, jugées bien en dessous de leur poids normal, n'avaient plus leurs menstruations. Selon le même auteur, le gras représente 17% du poids total du corps, de ce gras, 23% est nécessaire pour maintenir une ovulation régulière. En deçà de ce seuil, le message des stéroïdes (composés de cholestérol i.e. de gras) vers l'hypothalamus est trop bas et il y a, à ce moment, insuffisance d'oestrogène pour provoquer les

menstruations. Pour qu'il y ait menstruation un poids minimum est donc nécessaire, mais ce poids seul n'est pas suffisant pour supporter le cycle, et d'autres facteurs comme le stress et les troubles émotifs peuvent intervenir. Selon une études de Hsu, Crisp et Harding (1979), 11 patientes anorexiques qui n'avaient plus leurs menstruations, ont repris un poids normal et même après cette reprise, elles n'ont retrouvé leurs menstruations qu'après 4 à 8 ans. Kelly et al. (1954), ont fait des études auprès de prisonnières en camps de concentration lors de la deuxième guerre mondiale et ont démontré que certaines prisonnières perdaient leurs menstruations bien avant la dénutrition imposée dans ces camps. Les menstruations revenaient tout de suite après leur libération. Selon ces études, l'aménorrhée semble tributaire de deux facteurs principaux: une perte de poids importante et un stress émotif.

Suite à la dénutrition et à la perte de poids, d'autres problèmes physiques ont pu être observés. Selon Garfinkel et Garner (1982) on peut remarquer des dérèglements homéostatiques importants, tels des problèmes de thermorégulation et des anomalies au niveau des hormones antidiurétiques, comme par exemple, une augmentation de la vasopressine qui amène des difficultés de rétention d'eau et qui agit comme diurétique. Une hypothyroïdie a aussi été remarquée chez certaines patientes; celle-ci se manifeste

par les symptômes suivants: une peau sèche, une bradycardie (pouls lent), une hypothermie, une constipation et un métabolisme lent. Lorsque la patiente rétablit son alimentation, cette pathologie disparaît, ce qui démontre, dans la plupart des cas, l'absence de lésion thyroïdienne, l'hypothyroïdie étant une adaptation à la dénutrition. Un dérèglement métabolique important (hydrates de carbone) a aussi été remarqué.

Il est donc possible de constater la présence de problèmes de santé importants dans les TCA. Cependant, il apparaît plus difficile de savoir s'ils sont la conséquence ou la cause du développement des TCA. Le lien de cause à effet entre le psychique et le somatique (biologique) n'est pas facilement démontrable. C'est pourquoi la section suivante présentera une perspective davantage psychosomatique afin de mieux comprendre le rôle du facteur biologique au sein des troubles du comportement alimentaire.

Lien entre les TCA et le facteur biologique: une conception psychosomatique

L'approche psychosomatique veut donc comprendre la maladie, et plus précisément les TCA, en prônant une vision "gestaltique" de la personne (Alexander, 1970). Selon la définition d'Alexander (1970), la psychosomatique est une approche englobant la totalité des processus de transaction entre les systèmes somatique, psychique, social et culturel.

Pour la médecine psychosomatique, les études physiologiques des centres élevés du système nerveux central et les études psychologiques de la personnalité représentent les diverses faces des mêmes phénomènes, les processus psychiques n'étant que le reflet subjectif des processus physiologiques. Toutes les émotions sont accompagnées par des changements physiologiques: la peur par des palpitations; la colère par l'accélération de l'activité cardiaque, etc.. Selon Alexander (1970), encore aujourd'hui les recherches misent sur l'origine physiologique (lésions tissulaires) des maladies: il y a souvent méconnaissance de la relation inverse i.e., d'une origine émotionnelle. Selon le même auteur, les émotions chroniques jouent un rôle important dans l'éclosion des maladies:

Plusieurs troubles chroniques ne sont pas causés primitivement par des facteurs agissant du dehors, mécaniques ou chimiques, ou par des micro-organismes, mais par l'hyperactivité continuelle des fonctions au cours de la vie quotidienne, dans la lutte pour l'existence. (p.36)

Dans les TCA, la dénutrition participe à un cycle qui dans un premier temps, crée des conditions psychologiques et physiologiques défavorables; celles-ci à leur tour, renforcent les TCA en induisant un inconfort qui incite la patiente à se ressaisir, à essayer de contrôler le désarroi qui s'empare d'elle par la prise souvent incontrôlée d'aliments (comportement boulimique). Luttant contre cet inconfort, la patiente ne contribue en fait qu'à le renforcer.

Les implications émotionnelles et physiologiques liées à la dénutrition sont nombreuses. Le processus alimentaire est l'axe de la vie émotionnelle de la première enfance. L'univers de l'enfant est centré sur l'alimentation et les émotions les plus fortes -le déplaisir et la satisfaction- sont associées aux divers aspects de ce processus. Pour Haynal et Pasini (1984), dans l'acte biologique de manger, plusieurs facteurs émotionnels et sociaux rendent indissociables les aspects physiologiques et psychologiques du comportement alimentaire.

L'anarchie alimentaire influence directement l'affectivité des individus. L'effet des diètes répétées, privations souvent suivies d'excès, agit sur l'humeur, comme cela est bien connu du grand public. Les conséquences de la dénutrition rapportées par des expériences de Keys, Brozek et Henschel (1950), démontrent de graves perturbations

biologiques et émotives induites par la dénutrition, dont, entre autre, la dépression. Dans ce cas, la dépression pourrait être secondaire à la dénutrition. Les TCA amènent aussi un isolement social, une estime de soi faible, une humeur labile, caractéristiques que l'on retrouve à la fois dans les TCA et dans la dépression.

Une revue de littérature de Strober et Katz (1988), relevait la présence de dépression chez 20 à 80% des patientes souffrant de TCA. L'évolution dans le temps de la dépression et des TCA est indépendante. Selon Strober et Katz (1988), chez certaines patientes, lorsque les symptômes de TCA diminuent, la dépression augmente.

Le lien entre la dépression et les TCA est complexe. Il apparaît, jusqu'à maintenant, difficile de déterminer si la dépression rencontrée dans les TCA est une cause ou une des conséquences de cette pathologie, ou l'effet artificiel de symptômes communs, comme mentionné précédemment. Pour Strober et Katz (1988), il est évident que chez certains individus, il y a coexistence de désordres affectifs majeurs et de TCA. Cependant, pour considérer le lien entre la dépression et les TCA comme étant spécifique aux TCA, il faut que le taux d'association des deux pathologies soit supérieur à celui de l'association de la dépression avec une autre pathologie (ex: schizophrénie, alcoolisme, tendance antisociale, etc.). Ce qui n'est pas le cas.

En résumé, les conséquences du facteur biologique dans les TCA se situent principalement dans l'inconfort qu'ils induisent, suite à des perturbations physiques consécutives à la dénutrition. Les répercussions psychologiques reliées à la dénutrition peuvent difficilement se comprendre en terme de cause à effet.

Les TCA sont une réponse de l'organisme et se réfèrent à un processus d'interaction complexe. Une culture sélectionne certaines problématiques, "offre" un support symbolique à l'expression de l'organisme vivant. Nous pouvons avancer l'hypothèse que pour certaines personnes, les pressions combinées de l'organisme et de la société, ne trouvent pas de façon acceptable de s'exprimer socialement et elles se tournent alors vers les TCA comme moyens de "gérer" des conflits et difficultés individuels. Nous pouvons ajouter que la dépression et les TCA qui coexistent souvent, pourraient être reliés à un ou plusieurs autres facteurs reflétant un "mal de vivre" qui s'exprime par les TCA.

La section suivante abordera le facteur psychologique et étudiera les particularités psychiques en jeu dans la problématique des TCA en essayant de comprendre les enjeux qui peuvent amener un être vivant à adopter les TCA comme moyen de répondre à un déséquilibre.

Facteur psychologique

L'environnement socio-culturel et les antécédents biologiques d'une personne peuvent nous aider à mieux comprendre le développement des TCA. L'approche psychosomatique nous a amené à la jonction du social, du somatique et du psychologique. Comme l'individu conscient et inconscient est le lieu de réception, d'intégration, d'articulation et d'action des influences socio-culturelles et biologiques, il apparaît primordial d'explorer la personnalité, le fonctionnement psychologique de la personne qui développe des TCA. Comment, chez ces individus, les troubles du comportement alimentaire en viennent-ils à jouer le rôle de "réorganisateurs" de la personnalité?

La personnalité demeure une notion théorique et doit être approchée à partir d'un cadre précis. Plusieurs cadres de références théoriques peuvent être choisis pour l'aborder, l'approche psychodynamique, cognitive, behaviorale, humaniste, etc.. La présente recherche a choisi d'aborder la personne à partir d'une approche analytique parce que cette approche, sans nier l'apport des autres, de par l'accent qu'elle place sur la dynamique intérieure à la fois consciente et inconsciente de l'individu, apparaît pouvoir faciliter la compréhension des TCA d'un point de vue psychologique.

Le présent exposé se limitera à seulement certaines explications et définitions. Seuls les éléments nécessaires à l'élaboration théorique de la présente recherche seront étudiés. La personnalité sera définie, d'une part, à partir des notions de traits et de structure; d'autre part, les concepts de moi et de mécanismes de défense seront amenés, tout en abordant des notions telles que la relation d'objet et la problématique féminine issue du stade de séparation-individualisation. Par la suite, seront présentées des recherches qui relèvent la présence de désordres de la personnalité et de troubles des fonctions du moi dans les TCA. Finalement, la fonction des TCA comme "réorganisateur" potentiel de la personnalité sera explorée.

Définition de la personnalité

Il n'est pas facile de définir la personnalité. Elle peut d'abord être abordée comme l'ensemble des comportements qui constituent l'individualité d'une personne, qui lui confèrent son unicité et déterminent son adaptation au monde extérieur. Mais la personnalité demeure un concept plus large et ne se limite pas seulement aux comportements. C'est le lieu de réception, d'intégration et d'articulation unique des influences biologiques, socio-culturelles et psychologiques (pulsions, besoins, désirs). La personnalité est cette façon d'être qui rend la personne unique au monde. Les traits de personnalité se définissent comme étant le

caractère de l'individu qui lui donne un mode de perception, de relation et de pensée unique, par rapport au monde. C'est la partie de la personnalité qui est mesurable par des tests, celle qui demande le moins d'abstraction et d'induction (Swift, Wonderlich, 1988). Par exemple, les traits de dépendance, d'anxiété, de domination, qui peuvent être observés chez certains individus.

Le terme de structure de la personnalité est plus complexe que le précédent et demande un plus haut niveau d'abstraction. La structure peut être déduite à partir de théories psychanalytiques, d'expériences cliniques et de tests projectifs (Swift, Wonderlich, 1988). Le concept de structure mentale, découle principalement de l'oeuvre de Freud. En 1923, Freud fait référence au postulat de la division de la psyché en moi, surmoi et ça.

L'organisation de la structure est tributaire de plusieurs facteurs dont l'hérédité, le développement, les relations familiales, la culture, les traumatismes de l'enfance, la capacité cognitive, pour n'en nommer que les plus importants. Dans l'approche structurale, le moi est considéré comme le médiateur entre l'individu, et son environnement interne et externe. Cette approche fait aussi référence à l'organisation permanente du contenu des conflits inconscients, en particulier au complexe d'Oedipe, vu comme facteur d'organisation de la personnalité, en ce

sens qu'il intègre les expériences précoces et les forces pulsionnelles propres à chaque phase du développement.

Le moi et ses mécanismes d'adaptation ou de défense apparaissent être des notions primordiales pour comprendre le fonctionnement de la personnalité.

Pour Vaillant (1977), la maladie mentale se définit comme suit: "...la maladie mentale est toujours avec nous et la "solidité", le bon état, l'équilibre mental est une manière de réagir à des problèmes, et non pas une absence de ceux-ci." (Trad. Libre, p.3-4). Selon cet auteur, santé et adaptation sont inséparables; pour lui, un comportement donné est une réponse ingénieuse à un besoin, à un conflit ou à une difficulté. Les mécanismes de défense sont une façon privilégiée de s'adapter dans la vie. Ils font partie d'une réponse spontanée de l'organisme face à une situation externe et/ou interne, perçue comme menaçante par cet organisme. Ils sont utilisés dans plusieurs situations, par exemple: pour garder les affects à un niveau supportable devant une crise (ex: deuil), comme régulateur narcissique, afin de retrouver ou de garder une estime de soi acceptable (ex: après un échec) et pour faire face à certains conflits inconscients. Pour Vaillant (1977), l'humain est confronté à des conflits (conscients et inconscients) qui appellent à des comportements créatifs. Cette adaptation intrapsychique se fait par des mécanismes d'adaptation: l'auteur remplace ainsi le terme de mécanismes de défense par celui de

mécanismes d'adaptation. Le terme mécanismes d'adaptation est une métaphore, donc difficile à évaluer; cependant, l'auteur admet que cette métaphore explique bien ce qui se passe chez l'humain et il infère que ce qui se trouve dans celui-ci peut être observable. Certains mécanismes sont conscients et assez facilement observables, alors que d'autres sont inconscients et ne peuvent être observés que par quelqu'un d'expérimenté. Certains mécanismes d'adaptation (surtout inconscients) sont parfois très coûteux et rendent l'adaptation à l'environnement plus difficile (mécanismes primaires, par exemple, la projection paranoïaque), d'autres le sont beaucoup moins, comme par exemple la sublimation (mécanisme secondaire), qui détourne la pulsion sexuelle de son but vers une visée d'objets socialement valorisés. Vaillant (1977) admet que ce qui est observable relève plus d'un style adaptatif que de mécanismes mentaux.

Le moi s'inscrit dans une perspective d'adaptation à la réalité, comme médiateur entre l'organisme et l'environnement. Laplanche et Pontalis, dans Vocabulaire de la Psychanalyse (1967), parlent du moi de la façon suivante:

La théorie psychanalytique cherche à rendre compte de la genèse du moi dans deux registres relativement hétérogènes, soit en y voyant un appareil adaptatif différencié à partir du ça au contact de la réalité extérieure, soit en la définissant comme le produit d'identifications aboutissant à la formation, au sein de la personne, d'un objet d'amour investi par le ça. (p.241)

Pour Kernberg (1979), à l'origine du moi, il existe une indifférenciation entre celui-ci et l'objet (narcissisme primaire). Par la suite, selon ce même auteur, il y a différenciation par rapport à l'objet, où le moi représenterait un dérivé, adéquatement atténué, de la représentation heureuse de la fusion originelle objet-moi. Cette structure du moi prend origine dans des représentations constituées au stade d'indifférenciation symbiotique, en fonction des interactions entre la mère et l'enfant, sous l'effet d'expériences de gratification aussi bien que de frustration. Ces représentations sont investies à la fois par la libido et l'agressivité. La dualité amour-haine (libido-agressivité) existe chez l'enfant et c'est l'intégration de celle-ci qui entraîne la différenciation par rapport à l'objet de dépendance de départ (en général, la mère). La relation entre libido et agressivité, donne la possibilité d'expliquer les relations contradictoires au même objet. La nature même des poussées agressives (qui ont comme but l'autonomie) peut aussi avoir comme résultat une lutte contre la consolidation des relations d'objet.

De tels enjeux se présentent lors du stade de séparation-individualisation qui se situe environ vers l'âge de deux à trois ans; c'est le début de l'apprentissage du langage, du développement de la pensée classée (*categorical thought*) en bon et mauvais; ce stade a aussi des

implications importantes dans la mise en place de la permanence de l'objet (constance objectale), par exemple, l'enfant sait que la mère existe même s'il ne la voit pas. C'est le stade où la symbolisation et le langage deviennent peu à peu accessibles à l'enfant.

Pour Krout-Tabin (1985), l'enjeu primordial de ce stade est la séparation-individualisation intrapsychique par rapport à la mère et ceci est possible seulement si l'enfant réussit à obtenir un sens de soi et un moi intégré. Le développement du moi à ce stade se fait simultanément avec le développement de l'identité sexuelle, la perception des sensations sexuelles, l'identification au parent de même sexe et l'image du corps. Tout ceci correspond au processus d'identification, au "JE".

Les conflits inhérents à ce stade mettent en jeu des mécanismes primaires tels l'incorporation, l'introjection et l'identification. Selon Krout-Tabin (1985), les enjeux sont très différents pour le garçon et pour la fille. Ce stade comporte deux mouvements vers l'autonomie: d'une part, un mouvement de séparation par rapport à la mère pour le garçon et pour la fille, et d'autre part, un mouvement d'identification au parent de même sexe. Il y a ici une difficulté différente pour la petite fille, puisqu'elle doit se séparer et en même temps s'identifier au même parent (la mère). La petite fille se sépare de sa mère pour se diriger vers le père qu'elle veut séduire et conquérir (nouvelle

source de satisfaction). Cependant, elle se retrouve devant une impasse inévitable: l'amour pour le père et la haine de la mère qui devient l'objet frustrant à éliminer. En étant la rivale de sa mère, mais en ayant aussi besoin d'elle pour s'identifier, la petite fille peut se voir comme une traîtresse. Pour que ce processus de différenciation se produise, la mère doit supporter sa fille dans les difficultés que ce stade comporte. Dans certains cas la tâche de se séparer s'avère trop difficile, par exemple, la mère éprouve des difficultés à supporter la séparation, le père ne peut appuyer ce changement d'objet que fait sa fille. L'enjeu est ici la mise en péril de l'intégrité psychique (moi), l'objet mère ayant des implications d'identification nécessaire à la séparation mère-fille. La séparation est vécue comme impossible et entraîne un retour vers l'indifférenciation et la fusion primaire mère-fille. Freud (1923), explique les conséquences d'un tel renoncement, issu du stade Oedipien, à ce qu'il appelle l'objet de désir, l'objet sexuel (pour la fille: le père):

Si, pour une raison ou pour une autre, le ça est obligé de renoncer à un pareil objet sexuel, le Moi en subit souvent une transformation que nous ne pouvons décrire autrement qu'en disant que le Moi a retrouvé en lui-même l'objet sexuel perdu, sans pouvoir donner plus de détails sur les conditions dans lesquelles s'opère cette substitution. C'est précisément ce qui se produit dans la mélancolie. Il se peut que par cette introjection, qui représente une sorte de régression vers le mécanisme de la phase orale, le Moi rende plus facile ou possible

le renoncement à l'objet. Il se peut également que cette identification soit la condition sans laquelle le ça ne saurait renoncer à ses objets. Quoi qu'il en soit, il s'agit là d'un processus très fréquent, surtout à des phases de développement peu avancées, et de nature à rendre plausible l'hypothèse d'après laquelle le caractère du Moi résulterait de ces abandons successifs d'objets sexuels, résumerait l'histoire de ces choix d'objets. (p. 197-198)

Nous pouvons tenter une hypothèse selon laquelle dans les TCA, un renoncement à l'objet sexuel se fait par l'intermédiaire d'une régression vers la phase orale et un retour vers l'objet perdu: retour vers la mère objet, mère satisfaction, mère nourriture, cette fusion-symbiose étant substituée par la nourriture.

Les difficultés vécues au stade de séparation-individualisation impliquent plusieurs conséquences dans la formation de la personnalité qui se retrouvent fréquemment dans les TCA; ce qui pourrait expliquer le lien possible entre ces derniers et le stade de séparation-individualisation. Garner et Garfinkel (1988), ont relevé chez les patients souffrant de TCA des difficultés d'autonomie, d'identité et de séparation. Cette problématique de séparation est exclusivement féminine car chez le garçon, il n'y a pas cette dimension narcissique où la fille doit se séparer et en même temps s'identifier au même parent. Les implications narcissiques liées à ce processus seront présentées plus en détails un peu plus loin. Cette distinction entre le garçon et la fille

viendrait corroborer le fait que les TCA se retrouvent presque seulement chez les femmes. Pour Garner et Garfinkel (1988), le fait que ces troubles débutent principalement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, démontre l'incapacité pour l'adolescent d'atteindre une séparation et une autonomie. Cette incapacité serait tributaire d'un déficit du moi et entraînerait une régression et une fixation à un stade pré-oedipien (stade de séparation-individualisation). Pour McDougall (1991), la prépondérance de mécanismes primaires dans les TCA représenterait une régression orale dans l'identification primaire par l'incorporation. Il s'agit de l'incorporation à la place de l'introjection et de l'identification à l'objet.

Ce stade mal traversé entraînerait donc des failles importantes dans la formation du moi. Le "caractère" symbiotique, la dépendance, la défaillance de l'organisation narcissique, le passage à l'acte, sont des exemples de résidus de ce stade. Jeammet (1991), parle des TCA comme d'une "dysrégulation narcissique" (p.87) face aux insuffisances des intériorisations (insuffisances symboliques), ces jeunes filles ayant besoin continuellement du regard des autres (objets externes) pour soutenir leur narcissisme. Pour cet auteur, les TCA représentent une défense narcissique contre l'échec de l'intériorisation et de l'identification à l'objet.

En résumé, il apparaît que dans les TCA le stade de séparation-individualisation n'est pas traversé, ce qui implique des conséquences importantes dans la formation du moi (failles). A l'adolescence ce stade est réactivé par la mise en présence de l'objet sexuel; à ce moment, une régression peut se produire pour l'individu qui n'a pu faire le deuil de l'objet primaire et le retour vers cet objet impossible se fait par une substitution avec la nourriture.

Etudes empiriques

La section qui suit présentera certaines études empiriques qui traitent des désordres de la personnalité et qui démontrent que les patientes souffrant de TCA éprouvent des difficultés au niveau de leur personnalité. Certaines études démontreront aussi que les fonctions du moi et les mécanismes de défense jouent un rôle important dans cette problématique. Dans la mesure où ces études viendront appuyer le cheminement théorique fait jusqu'à maintenant, le lien entre les TCA et la personnalité pourra être approfondi davantage.

Présence de désordre de la personnalité dans les TCA

Les désordres de la personnalité se définissent selon le DSM-III: "... modèle rigide et inadapté suffisamment sévère pour entraîner assez de dommage dans le fonctionnement adaptatif et subjectif." (Trad. Libre, p.366). Le diagnostic de désordre de la personnalité doit être fait à partir du fonctionnement à long terme de la personne et non pas sur un court épisode. Millon (1981), décrit les désordres de la personnalité comme étant caractérisés par une rigidité qui limite les stratégies d'adaptation à l'environnement. Par exemple, les interactions avec autrui, les comportements face au stress, sont toujours les mêmes.

Les désordres de la personnalité créent des schémas répétitifs de comportements qui intensifient les problèmes. Ces désordres sont aussi accompagnés d'une détresse subjective et d'une instabilité émotionnelle.

En 1989, une étude de Gartner, Halmi, Loranger et Marcus (1989) démontrait la présence de désordres de la personnalité (DP) chez 57% des 35 patientes (ayant des TCA) de leur étude. Ces auteurs n'ont pas remarqué de différence significative entre les différents sous-groupes de TCA (anorexie, anorexie-boulimie, boulimie). De même, Kennedy, Mcvey et Katz (1990) ont trouvé un haut taux de désordres de la personnalité (93%) chez les patientes à leur admission à l'hôpital. Une autre étude, faite auprès de 46 patientes, par Wonderlich, Swift, Slotnick et Goodman (1990) à l'aide du *Structural Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorder* (SCID-II: Spitzer, Williams, 1986) et du *Millon Clinical Multiaxial Inventory* (MCMI: Millon, 1983), démontre que 72% des patientes répondent à des critères de désordre de la personnalité. Plus spécifiquement, 60% des anorexiques répondent à des critères d'une personnalité obsessionnelle-compulsive, 60% des anorexiques-boulimiques répondent à des critères d'une personnalité d'évitement; 31% des boulimiques, quant à elles, répondent à des critères d'une personnalité histrionique et finalement, 40% des boulimiques-anorexiques répondent à des critères d'une personnalité borderline et un autre 40% de la même

population répondent à des critères de personnalité histrionique. Une autre étude de Piran, Lerner, Garfinkel, Kennedy et Brouillette (1988) démontre le haut taux de désordres de la personnalité dans les TCA. A partir des regroupements du DSM-III (*clusters*) ces auteurs en arrivent à la conclusion que 65.8% des boulimiques-anorexiques répondent à l'échelle borderline et que 76.7% des anorexiques répondent à l'échelle d'évitement.

Une étude de Yates, Sieleni et Bowers (1989), délimitait deux groupes de patientes ayant des TCA: les patientes ayant un désordre de la personnalité et les patientes n'en ayant pas. Les patientes avec désordre de la personnalité ont des symptômes de TCA plus marqués au *Eating Disorder Inventory* (EDI: Garner, Olmstead et Polivy, 1983), elles ont également une histoire de désordres affectifs et de tentatives de suicide plus marquée, une fluctuation de poids plus importante à l'indice de masse corporelle (IMC) et elles sont significativement plus déprimées.

Quelques études ont été faites sur la présence de caractéristiques borderlines chez les patientes touchées par les TCA (surtout chez les boulimiques). Les résultats estiment jusqu'à 42% (Pope et Hudson, 1989) la présence de troubles borderlines chez ces patientes. Par contre, une revue de littérature faite par Pope et Hudson (1989) sur le lien existant entre les TCA et la personnalité borderline, démontrait qu'il y a une exagération dans l'évaluation de la

présence de ces troubles dans les TCA. Ces auteurs appuient leur affirmation sur deux observations majeures. La première est que les critères diagnostiques des TCA sont semblables à ceux de la personnalité borderline et de la dépression majeure. La deuxième observation est que la validité des tests, servant à diagnostiquer une personnalité borderline, est insatisfaisante. La dépression qui caractérise les TCA semble jouer un rôle très important à ce niveau. Cette étude révèle que des patients avec dépression majeure sont diagnostiqués borderlines aussi souvent que les patientes souffrant de TCA. A cet effet, Pope, Frankenberg, Hudson, Jonas et Yurgelun-Todd (1987) réalisent une étude auprès de patientes ayant des TCA et des patientes ayant une histoire de dépression majeure (sans TCA). Les résultats de cette étude démontrent que le pourcentage de présence de personnalité borderline est presque identique pour les deux types de patientes cités ci-haut. De plus, les patientes boulimiques avec histoire de dépression majeure ont plus fréquemment une personnalité borderline que les patientes boulimiques qui n'ont pas d'histoire de dépression majeure.

Nous pouvons retenir des études précédentes qu'il y a présence de désordre de la personnalité chez un bon nombre de patientes ayant des TCA, et que certaines de celles-ci semblent être plus perturbées que d'autres (symptômes plus prononcés: automutilation, tentatives de suicide plus

fréquentes, résultats au *Eating Disorders Inventory* plus élevés, etc.). Ces études viennent appuyer les études théoriques précédentes qui rapportaient des problèmes de personnalité chez ce type de patientes. La section suivante présente des études sur le rôle des fonctions du moi et des mécanismes de défense dans la personnalité des patientes souffrant de troubles du comportement alimentaire.

Fonctions du moi et mécanismes de défense dans les TCA

Une étude suédoise (Sohlberg et Norring, 1989), essayait d'évaluer l'importance des fonctions du moi à partir du *Ego Function Assessment*, (EFA, Bellak, Hurvich et Gediman, 1973) comme facteurs de pronostic, dans la traitement des TCA. Les fonctions du moi étant: Epreuve de réalité, Jugement, Sentiment de sa propre identité, Régulation et contrôle des pulsions, Affects et besoins, Relations interpersonnelles, Processus de pensée, Régression au service du moi, Fonctionnement défensif, Tolérance aux stimulations, Autonomie du fonctionnement, Fonctionnement synthétique-intégratif, Maîtrise et compétence. Les résultats démontrent que des fonctions du moi tels que: Fonctionnement défensif, Régulation et contrôle des pulsions, Affects et besoins, influencent le pronostic (plus ces fonctions du moi sont élevées, plus le pronostic est encourageant). Par contre, des fonctions tels que: Processus de pensée, Epreuve de réalité, Tolérance aux

stimulations et Maîtrise et compétence, quant à elles, n'influencent pas le pronostic. Ces auteurs ont fait une analyse multivariée, afin d'évaluer l'importance des fonctions du moi, comparativement à d'autres facteurs (ex: durée de la maladie, boulimie vs comportements restrictifs, âge des premiers symptômes, etc.) comme facteurs de pronostic dans les TCA. Les résultats de l'analyse démontrent que les fonctions du moi sont les plus importants dans l'analyse multivariée et expliquent 35% de la variance commune ($F=20.31$, $p<0,0001$). La variable qui vient tout de suite après est la durée de la maladie (6%). Les auteurs concluent que ce résultat vient corroborer l'importance des fonctions du moi dans les TCA.

Une étude (Strober, Goldenberg, 1981) sur les fonctions du moi chez les anorexiques, faite à partir du *Rorschach*, révélait que les anorexiques, comparativement à un groupe de dépressifs, avaient des frontières du moi plus perturbées (ex: effritement des frontières entre intérieur et extérieur, perturbations de l'image du corps). Une autre étude (Sugarman, Quinlan, Devenis, 1982) arrivait aux mêmes conclusions, toujours avec le *Rorschach*, en comparant un groupe d'anorexiques à un groupe témoin. Ces auteurs ajoutaient que les symptômes de TCA devaient être compris comme une façon d'acquérir une autonomie (différenciation), suite à une problématique des frontières du moi.

Une recherche de Becker, Bell et Billington (1987) faite à partir du *Bell Object Relation Inventory* (BOI: Bell, Billington, Becker, 1986), démontrait que les boulimiques et les boulimiques-anorexiques avaient des résultats plus négatifs, comparativement à un groupe contrôle, aux échelles suivantes: Insécurité relationnelle, Relation interpersonnelle ambivalente, Angoisse d'abandon, et Egocentricité (*Insecure Attachment, Ambivalent Interpersonal Relations, Fear of Object Loss, Egocentricity*). Les auteurs interprètent leurs résultats à partir de la théorie du stade de séparation-individualisation. Selon eux, les symptômes de TCA viennent "parler" de la relation au bon/mauvais objet, de la "fusion" avec celui-ci dans le *binge-eating* et de la tentative d'autonomie par rapport à celui-ci dans le rejet de la nourriture (purgation et/ou restriction). Ces comportements démontreraient des difficultés de séparation et de dépendance par rapport à l'objet primaire.

Selon Steiger et Houle (1991), les patientes qui ont des difficultés au niveau de la relation d'objet au BOI (*Bell Object-relation Inventory*), adoptent un style de défense plus primaire au BDSQ (*Bond Defense Style Questionnaire*: Bond, Gardner, Christian, Sigal, 1983) que celles qui ont moins de difficultés au BOI. Ces deux auteurs ajoutent qu'un déficit dans le fonctionnement

interpersonnel et adaptatif est davantage un précurseur qu'une conséquence des TCA.

A partir des différentes études présentées précédemment, il semble possible d'émettre l'hypothèse d'un lien entre certaines difficultés psychologiques: désordres de la personnalité, difficultés relatives à la relation d'objet, utilisation de mécanismes de défense primaires, et les troubles du comportement alimentaire. Plusieurs auteurs dont Goodsit (1983), s'entendent pour dire que les TCA seraient un palliatif qui "réorganise", qui vient colmater un déficit du moi plus ou moins important, le moi étant incapable de traiter certains conflits et angoisses. D'après l'étude de Strober et Katz (1988), lorsque les symptômes de TCA diminuent, la dépression peut augmenter; cette remarque peut venir appuyer le fait que les TCA peuvent être considérés comme une alternative face à certaines difficultés.

Les TCA: "réorganiseurs" de la personnalité

Dans la mesure où, suite à une difficulté pré-oedipienne, les TCA auraient pour fonction de pallier à certaines déficiences du moi face à un ou des conflit(s), de quoi viennent témoigner ces symptômes?

Selon McDougall (1991), les boulimies peuvent être considérées comme des actes symptômes, qui sont le produit d'un court-circuitage: un acte qui détourne la parole et la pensée verbale, un acte qui prend la place d'une élaboration mentale. L'acte symptôme cherche à décharger, le plus rapidement possible, une tension. Brusset (1991), voit dans la boulimie la libération directe d'une charge pulsionnelle qui n'a pas d'autre issue. Pour le même auteur, dans les TCA, il y a possiblement insuffisance du refoulement dans son rôle structurant (d'après-coup, de transposition, de relance de la symbolisation, d'élaboration et de représentation), ce qui rend la fonction des symptômes d'autant plus importante. Une telle insuffisance du refoulement, s'actualise principalement lors du développement pubertaire. Les effets psychiques du développement pubertaire impliquent l'action après-coup de la sexualité infantile, donc la reviviscence du complexe d'Oedipe et des fixations pré-génitales. Les conflits ainsi ré-activés requièrent de nouveaux aménagements pulsionnels

et défensifs. Or l'après-coup remet en question les résultats de l'étayage et ceux du refoulement qui assurent l'autonomie relative de l'acte alimentaire par rapport à la sexualité.

Pour Jeammet (1991), cette faille du moi est associée au processus de différenciation et il définit sous cette appellation globale (faille du moi) des paramètres aussi divers que: l'insuffisance du pare-excitations, failles narcissiques, mauvaise différenciation des imagos, permanence de la bisexualité, inachèvement des identifications, mauvaise différenciation du surmoi et de l'idéal du moi qui demeurent imprégnés d'éléments archaïques. Le résultat en est l'échec des mécanismes de défense les plus évolués, un fonctionnement névrotique dont la valeur organisatrice et le rôle dans l'économie psychique, dépendent en grande partie de l'état conflictuel du sujet et de la qualité plus ou moins étayante des objets externes de l'environnement, véritable auxiliaire du moi.

Dans les TCA, c'est habituellement sous la forme d'un antagonisme entre le besoin de l'objet et la sauvegarde narcissique, que les problèmes de dépendance restés latents se concrétisent à l'adolescence, et entraînent la mise en place de mesures défensives précaires. L'image de soi, et ce qu'elle suppose de quête du regard d'autrui, occupe une position centrale dans la régulation narcissique de ces sujets.

Selon McDougall (1991), l'idéal mégalomane de l'anorexique serait une formation réactionnelle par rapport au fantasme fusionnel du symptôme boulimique, le tronc commun étant le rapport à l'objet primaire que ces sujets ne peuvent accepter comme perdu (faute d'avoir pu s'en séparer). Si on suppose que l'objet primaire n'a jamais été reconnu comme ne faisant pas partie de soi, il s'en suit que son deuil n'a pu se faire. Il ne s'est pas constitué en objet interne et en objet introjecté capable de représenter une fonction sécurisante. Cet objet, jamais perdu, est alors toujours en dehors et constamment recherché dans le monde extérieur.

Ce rapport entre l'objet et le narcissisme, entraîne dans les TCA une rupture de soi pour récupérer à l'extérieur quelque chose de constitutif de soi (fusion); il y a négation de l'objet comme entité distincte, car le deuil de cet objet paraît impossible, sa perte inassumable. Cette vulnérabilité est la conséquence du relatif échec des intériorisations précoces à assurer des assises narcissiques suffisamment stables pour garantir un sentiment de sécurité et de continuité capable de se maintenir principalement grâce aux ressources propres du sujet. La perte de l'objet primaire pour la fille implique une perte narcissique (castration), car la mère est en même temps le pôle d'identification. Par le fait même, la perte de l'objet primaire peut constituer une perte de soi, une rupture de

soi. Cependant, cette séparation, cette perte narcissique, est essentielle pour qu'il y ait différenciation et autonomie.

La problématique féminine liée à la castration et au manque est assez complexe. La dimension de l'image corporelle dans les TCA est aussi abordée par McDougall (1991) lorsqu'elle parle de l'investissement corporel de la fille et de ses rapports avec la castration. Ses sensations de plaisir érotique sont éprouvées surtout à l'intérieur du corps, ce qui a pour effet de privilégier l'investissement de cet espace interne. Ainsi, il devient également le lieu du "fantasme" de castration propre à la petite fille qui, à l'époque où le petit garçon craint pour son pénis, s'imprègne pour la fillette une crainte pour son intégrité corporelle intérieure. A partir de cette observation, il est possible de comprendre que chez la femme, l'angoisse de castration peut s'accompagner d'une angoisse de perte, de vide, vécue imaginativement comme un vide soudain dans l'espace interne du corps.

Pour Brusset (1991), les TCA sont l'issue des problématiques féminines de l'Oedipe et de la castration. Ces problématiques ne pouvant être élaborées, symbolisées, et représentées, "la fantasmagorie" de la pénétration, de la réceptivité, trouve issue, à des degrés divers dans les TCA. Cette problématique structurale (faille du moi) entraîne "... un rabattement du désir sur le besoin..."

(McDougall, 1991, p. 145.), "... il y aurait une sorte de désétayage, d'anti-étayage du sexuel sur l'auto-conservation." (McDougall, 1991, p. 145-146.). Le désir n'est plus perçu comme une appartenance du moi élargissant le champ de ses possibilités, mais comme une intrusion de l'objet dans le moi, le menaçant et générant un processus de confusion entre contenant et contenu (Jeammet, 1991).

En résumé, les TCA peuvent être compris comme des actes symptômes qui viennent colmater une faille structurale, une brèche du moi. Cette difficulté serait issue du stade de séparation-individualisation (pré-oedipien), stade où le moi jouerait un rôle d'intégrateur et d'organisateur, un relai pour la symbolisation. Les conséquences de cette faille du moi seraient l'échec des mécanismes de défense plus évolués, une insuffisance du refoulement dans son rôle structurant et par le fait même, une défaillance symbolique. Les éléments en jeu, lors de ce stade pour la fille, comportent une dimension narcissique importante du fait des éléments d'identification qu'il implique. Dans la mesure où la séparation entre la mère et la fille est compromise, la castration et la perte de l'objet primaire nécessaires à la progression d'un individu deviennent elles aussi compromises. Le complexe d'Oedipe résolu aurait un effet structurant sur l'individu et son échec peut entraîner des pathologies comme les TCA. Les TCA viennent prendre la

place d'une parole, d'une pensée verbale; ils viendraient communiquer la problématique de la castration féminine et les difficultés d'intégration de l'identité féminine.

Au terme du chapitre un, un retour à l'approche multifactorielle de départ est nécessaire pour en arriver à une vision globale des TCA. La culture et la société favorisent des symptomatologies: elles offrent une facilité d'accès à certains liens entre d'une part, des angoisses issues de la petite enfance et d'autre part, des "messages" ou "supports symboliques" transmis, entre autre, à travers les médias. A titre d'exemple, la publicité présente un modèle de femme, qui peut potentiellement intéresser des individus ayant des carences symboliques liées à leur identité. Nous avons vu un peu plus haut, que le fonctionnement de ces sujets, dépendait en majeure partie des objets extérieurs.

Dans les TCA le somatique, le corps, prend la relève d'une élaboration mentale. Dans la notion d'acte symptôme, l'approche psychosomatique fait le lien entre le somatique et le psychique. Dans le cas où il y a échec de la symbolisation, le somatique (biologique) déchargerait une tension de façon presque instantanée. De plus, le facteur biologique contribuerait au maintien des TCA, en conduisant à des perturbations physiques qui placent les patientes dans

un inconfort susceptible d'augmenter ou de maintenir leurs symptômes. La façon la plus accessible et rapide, d'évacuer cet inconfort, étant les comportements alimentaires reliés aux TCA.

La problématique des frontières du moi apparaît centrale dans les TCA. Les symptômes doivent être compris comme une façon d'acquérir une autonomie, une différenciation, suite à une problématique de frontières du moi diffuses. De plus, dans les familles où l'on retrouve les TCA, il y aurait une fusion entre les membres, ce qui compromet la séparation nécessaire à une autonomie et rend difficile une intégration et une adaptation sociale épanouissante. La dépression serait présente chez ces patientes dès leur enfance, dans la mesure où nous posons l'hypothèse d'une difficulté relative à la séparation mère-fille. Comme vu précédemment, une telle séparation implique la perte de l'objet primaire et une perte narcissique; dans les TCA, ce deuil de l'objet n'aurait pu se faire et amènerait des éléments dépressifs.

Le facteur psychologique semble être la pierre angulaire dans la compréhension des TCA, en ce sens que la personnalité est issue de la situation familiale, influencée par la culture et aux prises avec un univers symbolique et biologique qui lui est propre. Avant d'aborder l'hypothèse de recherche, il apparaît important de rappeler les implications du stade de séparation-individualisation dans

le développement de la fille. Des enjeux identificatoires et narcissiques sont impliqués dans ce stade, ils sont liés à la traversée de l'Oedipe comme étape importante et structurante dans la vie psychique d'un individu. Il s'en suit un passage important du fonctionnement primaire (immature) vers un fonctionnement plus évolué, nécessaire à l'adaptation de l'individu et soutenu par des mécanismes de défense plus adaptés (mature). Lors de ce stade, la petite fille en s'identifiant à sa mère, passe de l'objet de satisfaction qu'était la mère, au père. Des difficultés peuvent amener l'échec de ce passage et un retour possible vers l'objet primaire, la mère. Un tel renoncement amènerait l'échec de mécanismes de défense évolués et impliquerait par le fait même la prépondérance de mécanismes primaires. Il a également été souligné que la nourriture est l'axe de vie de la première enfance. La satisfaction que l'enfant tire de sa mère est très étroitement liée à la nourriture. Un pas de plus peut être fait en ajoutant qu'un retour vers l'objet de satisfaction maternel, peut se faire à travers un retour vers l'objet nourriture. Les TCA débutent principalement à l'adolescence, période où il est généralement admis qu'il y a réactivation du complexe d'Oedipe, et où les enjeux d'adaptation et d'identification sont interpellés. La jeune fille qui éprouve certaines difficultés lors de l'étape infantile de séparation-individualisation, se trouve incapable de faire face aux

nouvelles demandes d'adaptation à la période de l'adolescence. Les TCA se présenteraient alors comme une solution, c'est à dire un retour symbolique, par la nourriture, vers l'objet relationnel primaire, la mère. Cette régression se manifesterait par un retour et une intensification des mécanismes de défense ou d'adaptation primaires. C'est pourquoi nous émettons l'hypothèse de la présence d'un lien entre des mécanismes de défense immatures (primaires) et les troubles du comportement alimentaire. Nous vérifierons également l'hypothèse d'une réaction dépressive reliée à la perte de l'objet primaire: la présence d'éléments dépressifs demeurant latent chez ces sujets, puisque le deuil de l'objet primaire et la perte narcissique conséquente, n'auraient pu être assumés.

Chapitre II
Méthodologie

Le chapitre II décrit d'abord les sujets de la recherche. Les instruments de mesure utilisés pour évaluer les TCA, le style de défense et l'intensité de la dépression, sont ensuite présentés. Le chapitre se termine avec une description du déroulement de l'expérience et la présentation des hypothèses spécifiques de recherche.

Sujets

Trente et une patientes ont participé à cette recherche. Elles avaient fait une demande au Centre Hospitalier de L'Université Laval (CHUL) de Ste-Foy, pour recevoir un suivi, soit à la clinique externe de psychiatrie, soit au département de psychiatrie lorsque l'urgence de l'état de santé nécessitait une hospitalisation (11 cas).

Les patientes devaient répondre aux critères de sélection du DSM-III-R (*American Psychiatric Association*, 1987) et être diagnostiquées soit anorexique, anorexique-boulimique, boulimique ou atypique (voir appendice A pour les critères de sélection). Une première approche des patientes était faite par le Dr. Carole Ratté, psychiatre responsable de la clinique externe de psychiatrie et spécialiste dans le traitement des TCA, dans le but de

vérifier l'intérêt des patientes pour participer à la recherche et la volonté de celles-ci de rencontrer la chercheure pour obtenir de plus amples informations. Des trente et une patientes rencontrées, durant les 13 mois qu'a duré l'expérimentation, vingt-cinq ont remis leurs questionnaires totalement remplis et ont été retenues pour la recherche. Les six autres patientes ont été exclues: quatre d'entre elles n'ont pas répondu correctement aux questionnaires et deux ne les ont pas remis, malgré la relance faite par la chercheure.

Les sujets sont tous de sexe féminin. La moyenne d'âge est de 27 ans (entre 18 et 43 ans). Ce résultat nous permet d'observer, d'une part, la présence des TCA dans une population relativement jeune, et en contrepartie, il peut aussi être interprété d'une toute autre façon; en considérant que l'âge moyen nous apparaît ici plus élevé que ne le souligne la tendance populaire qui situe les TCA à l'adolescence. Comme nous le constatons, cette problématique existe aussi chez des femmes plus âgées. Le niveau socio-économique des patientes se situe entre moyen et élevé, comme le confirme la grande majorité des études sur les TCA. La durée moyenne de la maladie, c'est-à-dire de l'apparition des premiers symptômes jusqu'à la première consultation au CHUL, est de 105 mois (environ 9 ans, variant entre un an et 28 ans). Cela nous renseigne sur l'état plutôt avancé de la maladie lorsque les patientes

consultent. L'âge moyen des sujets étant de 27 ans, il semble que l'apparition des premiers symptômes se situe, en moyenne, autour de 18 ans.

La situation concernant l'aménorrhée chez les patientes, lors de leur première consultation est la suivante: 12 patientes n'ont plus leurs règles (aménorrhée), 2 patientes ont des règles occasionnelles et jamais cycliques, 4 patientes ont des règles occasionnelles parfois cycliques et 7 patientes ont des règles cycliques et régulières.

Les sujets de départ (31 sujets) étaient répartis comme suit: 10 anorexiques, 9 anorexiques-boulimiques, 7 boulimiques et 5 atypiques. Quant à la population finale (25 sujets), ils se répartissaient comme suit: 9 anorexiques, 7 anorexiques-boulimiques, 5 boulimiques et 4 atypiques.

Intruments de mesure

Le premier questionnaire est le *Eating Disorder Inventory* (EDI) de Garner, Olmsted et Polivy (1983), un questionnaire fréquemment utilisé pour évaluer les TCA. Pour mesurer le style de défense, le *Bond Defense Style Questionnaire* (BDSQ) de Bond, Gardner, Christian et Sigal (1983), s'avérait être un questionnaire intéressant dans la mesure où il hiérarchise les styles de défense sur un même

continuum, allant de mature à immature. Le dernier questionnaire utilisé est le *Beck Depression Inventory* (BDI) de Beck, Ward, Mendelson, Moch et Erbaugh (1961), qui servira à évaluer l'état dépressif des patientes.

Eating Disorder Inventory

Présentation de l'instrument. Avant de présenter le questionnaire, il apparaît nécessaire de relever d'autres questionnaires et échelles, se rapportant aux TCA et produits antérieurement au *Eating Disorder Inventory*: l'échelle d'observation de Slade (1973), le *Eating Attitudes Test* (EAT) de Garner et Garfinfel (1979) et le *Binge Eating Scale* de Hawkins et Clement (1980). Ces échelles et questionnaires ont le désavantage de se rapporter seulement à des paramètres reliés aux comportements alimentaires et ils n'évaluent aucunement la dimension psychologique des anorexiques et des boulimiques. Certaines considérations justifient le développement d'une mesure des TCA incluant la dimension psychologique. Les TCA sont un désordre multidimensionnel influencé par plusieurs variables, dont des variables psychologiques (Beaumont et Touyz, 1985; Dally et Gomez, 1979; Garfinkel et Garner, 1982, 1980; Palmer, 1979; Strober, 1980). Ainsi, l'inclusion de la dimension psychologique au sein du EDI nous permet de discriminer les patientes anorexiques d'autres problématiques alimentaires, telle l'obésité ou de d'autres problématiques psychiques

pouvant inclure des symptômes alimentaires telle la schizophrénie. Cela nous permet aussi de discriminer les jeunes filles qui suivent des diètes, ce qui est fréquent à cet âge et chez qui on peut aussi observer certains comportements anorexiques et boulimiques, mais qui n'ont pas obligatoirement les difficultés psychologiques reliées aux TCA. A titre d'exemple, Hawkins et Clement (1980) relevaient, à partir d'une population étudiante, la présence d'épisode de gavage "incontrôlable" ("*uncontrolled excessive eating*") chez deux tiers des étudiantes et chez la moitié des étudiants. Nous pouvons penser que malgré la présence de symptômes boulimiques, tous ces étudiants n'avaient pas les difficultés psychologiques qui font des TCA un trouble psychopathologique.

Le *Eating Disorders Inventory* (EDI) de Garner et al. (1983), est un questionnaire qui mesure les symptômes de TCA sur deux dimensions; d'une part, il mesure des attitudes et des comportements associés aux TCA, et d'autre part, il mesure des traits psychologiques se rapportant à cette pathologie. Le EDI a été construit à partir de 146 items, choisis par des cliniciens ayant une bonne connaissance de la recherche concernant les TCA et qui comptaient plusieurs années d'expérience dans le traitement de ce type de problématique. Les items ont été regroupés autour de 11 thèmes, alors que seulement 8 de ces thèmes ont rempli les critères de fidélité et de validité nécessaires.

Le EDI se compose donc de 64 items se rapportant à huit échelles. Chaque item comprend une série graduée de six propositions, se référant à l'intensité ou à la fréquence du comportement, à l'attitude ou au trait psychologique correspondant. Pour chacune des six propositions, le sujet doit choisir une valeur qualitative comme réponse: toujours, habituellement, souvent, quelques fois, rarement et jamais. Ces valeurs correspondent à un score, par exemple, la réponse la plus anorexique aura un score de 3, la réponse anorexique un score de 2, une réponse un peu anorexique un score de 1 et les trois autres, non anorexiques, un score de 0. Le score total s'obtient en additionnant les résultats pour chacun des 64 items; on peut aussi obtenir un score pour chacune des 8 échelles.

Les 8 échelles du EDI qui ressortent d'une l'analyse factorielle indiquent deux niveaux de problèmes chez les patientes. Premièrement, des attitudes et des comportements reliés à la nourriture et au corps (3 facteurs: conduites d'amaigrissement, boulimie et insatisfaction face à son corps.); ces échelles sont centrales dans l'anorexie et la boulimie, mais existent aussi chez d'autres groupes ayant des problèmes de comportements alimentaires. De l'analyse, 5 autres facteurs ressortent et ceux-ci mesurent des traits psychologiques identifiés préalablement par des cliniciens comme étant des aspects pathologiques de l'anorexie et de la boulimie (sentiment d'inefficacité, perfectionnisme,

méfiance interpersonnelle, conscience intéroceptive et peurs reliées à la maturité)(Garner et al., 1983). Voici maintenant une brève description de chacune des 8 échelles.

- Conduites d'amaigrissement (*Drive For Thinness* (DT)) : Préoccupation excessive de la diète et du poids dans la poursuite de la minceur. Peur excessive de prendre du poids ou de devenir obèse. Désir de maigreur. Cette caractéristique à été soulignée par Hilde Bruch (1973) comme étant un trait typique de l'anorexie.

- Boulimie (*Bulimia* (BU)) : Episodes d'absorption rapide d'une grande quantité de nourriture. Parfois, vomissements provoqués soi-même. La présence ou l'absence de cette caractéristique, détermine certains sous-groupes de classification dans les TCA: anorexie, anorexie-boulimie, boulimie (Beaumont et al., 1976; Russel, 1979; Casper, Eckert, Halmi, Goldberg et Davis, 1980; Garner, Garfinkel et Moldofsky, 1980).

- Insatisfaction face à son corps (*Body Dissatisfaction* (BD)) : Troubles de l'image du corps. Par exemple, l'attitude de patientes qui trouvent certaines parties de leur corps trop grosses, même si celles-ci sont décharnées (Garner, Garfinkel, 1981; Crisp, 1980).

- Sentiment d'inefficacité (*Ineffectiveness* (I)) : Auto-critique et image négative de soi. Sentiment de ne pas

contrôler sa vie, insécurité (Hood, Moore et Garner, 1982; Strober, 1980; Selvini-Palazzoli, 1978; Garner, Garfinkel, Stancer et Moldofsky, 1976; Bruch, 1973).

- Perfectionnisme (*Perfectionism (P)*): Préoccupation excessive de performer. Chez la plupart de ces patientes, on dénote des performances académiques supérieures (Bruch, 1978). D'autres auteurs parlent aussi d'attentes très élevées dans les familles où l'on retrouve des TCA, ils remarquent chez ces patientes une adaptation démesurée et excessive dans le but de répondre aux attentes de l'entourage (*over-compliant adaptation*) (Kalucy, Crisp et Harding, 1977; Bruch, 1978; Dally, 1969).

- Méfiance interpersonnelle (*Interpersonal Distrust (ID)*): Difficultés relationnelles, inconfortable dans des relations intimes (Strober, 1980; Selvini-Palazzoli, 1978; Story, 1977).

- Conscience intéroceptive (*Interoceptive Awareness (IA)*): Réflète la difficulté de percevoir et d'évaluer les sensations de faim et de satiété (Bruch, 1962, 1978; Selvini-Palazzoli, 1978).

- Peurs reliées à la maturité (*Maturity Fears (MF)*): Insécurité face au monde adulte (Garfinkel et Garner, 1982; Crisp, 1980).

Il est possible d'obtenir un résultat global en additionnant le résultat de chacune des huit échelles. Ce résultat indique l'ampleur des symptômes de troubles du comportement alimentaire et donne une approximation de l'intensité de la maladie. Il peut aussi servir à discriminer les sujets ayant des TCA des sujets ayant simplement des préoccupations face à leur poids.

Propriétés psychométriques. Garner et al.(1983) ont validé le EDI en plusieurs étapes. Dans un premier temps, les auteurs ont vérifié s'il discriminait significativement les patientes anorexiques des autres jeunes filles, souvent elles aussi préoccupées de leur poids. A partir d'un groupe contrôle composé de 577 étudiantes de niveau collégial et d'un groupe de 113 patientes (48 anorexiques restrictives et 65 boulimiques) à différents stades de leur maladie, les auteurs ont démontré la validité du EDI dans la discrimination de ces deux groupes. Lors de la même étude, ils ont aussi validé le EDI auprès de plusieurs groupes différents: anorexiques, anorexiques-boulimiques, boulimiques à poids normal, obèses, obèses ayant perdu du poids, étudiants de sexe masculin de niveau collégial et anorexiques rétablies.

Les résultats démontrent que les anorexiques, les anorexiques-boulimiques et les boulimiques à poids normal obtiennent des résultats significativement supérieurs à ceux

du groupe d'étudiants masculin et ceux du groupe contrôle pour chacune des échelles ($p < .05$). Les anorexiques rétablies, quant à elles, ont un résultat plus bas que les anorexiques sur chacune des échelles et leur résultats se comparent à ceux du groupe contrôle ($p < .05$).

Les anorexiques-boulimiques ont un résultat plus élevé que les anorexiques aux échelles Boulimie (BU) et Insatisfaction face à son corps (BD) ($p < .01$). Le groupe de boulimiques à poids normal a un résultat plus élevé que les autres groupes aux échelles Conduites d'amaigrissement (DT), Boulimie (BU), Insatisfaction face à son corps (BD) et ne sont pas différentes des patientes anorexiques-boulimiques sur ces échelles.

Les obèses ont un résultat significativement plus élevé que les anorexiques, anorexiques-boulimiques et que le groupe contrôle à l'échelle Insatisfaction face à son corps (BD) ($p < .001$). Le groupe d'obèses obtenait aussi un résultat plus élevé que le groupe d'obèses ayant perdu du poids à l'échelle Insatisfaction face à son corps (BD) ($p < .001$) et que le groupe contrôle à l'échelle Boulimie (BU) et Conduites d'amaigrissement (DT), ($p < .001$). Les obèses et les obèses ayant perdu du poids ne diffèrent pas du groupe contrôle aux autres échelles du EDI.

Le groupe contrôle a obtenu un résultat plus élevé que le groupe d'étudiants masculin aux échelles Conduite d'amaigrissement (DT), Boulimie (BU) et Insatisfaction face

à son corps (BD) ($p.<.003$) et ce dernier groupe a obtenu un résultat plus élevé que le groupe contrôle à l'échelle Méfiance interpersonnelle (ID) ($p.<.01$).

La validité de contenu a été vérifiée auprès de cliniciens. L'auto-évaluation des patientes est en corrélation positive avec le jugement des cliniciens, toutes les corrélations obtenues sont significatives à $p.<.001$.

La validité concurrente du EDI a pu être vérifiée à partir de corrélations avec d'autres instruments mesurant des traits semblables. Les liens possibles entre les échelles du EDI et autres mesures comparables sont présentés au tableau 1.

En observant le tableau 1, on remarque certaines corrélations significatives entre les échelles du EDI et certains questionnaires psychométriques. Quelques-unes des relations significatives ont été relevées. L'échelle Comportements d'Amaigrissement (DT) est en corrélation avec le *Eating Attitudes Test* (EAT, Garner et Garfinkel, 1979) et l'échelle de Comportements restrictifs (Herman et Polivy, 1975). L'échelle Boulimie (B) est en corrélation avec les échelles Perte d'auto-contrôle (Reid et Ware, 1973), Comportements restrictifs et Insatisfaction face à certaines régions du corps (i.e., buste, hanche, etc.) (Berscheid, Walster et Hohnstedt, 1973). L'échelle Insatisfactions corporelles (BD) est particulièrement en relation avec

Tableau 1

Corrélations entre les échelles du *Eating Disorders Inventory* (EDI) et autres questionnaires psychométriques chez les patientes ayant des troubles du comportement alimentaire

<u>MESURES</u>	(N)	<u>Echelles du EDI</u>							
		Conduites d'amaigr. (DT)	Boulimie (BU)	Insatisfactions face à son Corps (BO)	Sentiments d'inefficacité (I)	Perfectionnisme (P)	Méfiance Interpersonnelle (ID)	Conscience Intéroceptive (IA) +	Peurs reliées à la maturité (MF) +
-Eating Attitude Test (EAT)	(50)	.51*	.05	.32	.28	.19	.08	.22	-.02
-Comportements Restrictifs	(52)	.50*	.44*	.42*	.21	.22	.03	.00	-.21
-Insatisfaction Corporelle	(35)	.29	.41*	.55*	.25	.23	.23	.16	-.03
-Insatisfaction face à certaines régions du corps	(35)	.45*	.44*	.69*	.38	.07	.30	.15	-.31
-Estime de Soi	(33)	-.16	-.17	-.14	.76*	.04	.57*	.21	.15
-Echelle de Contrôle	(66)	.23	.28	.29	.44*	.28	.26	.35	-.05
Perte d'Auto-contrôle		.18	.53*	.14	.11	.02	-.15	.15	-.29
-Beck Depression Inventory (BDI)	(64)	.26	.25	.27	.50*	.12	.29	.50	-.05
-Physical Anhedonia	(61)	.10	-.15	.07	.05	.01	.29	.32	.16
-Hopkins Symptom Check List (HSCL total)	(65)	.33	.22	.31	.57*	.39*	.19	.31	.07
Somatisation		.32	.18	.19	.29	.19	.21	.40	-.37
Obsession		.30	.29	.08	.42	.37	-.04	.15	.48
Anxiété		.27	.12	.28	.45*	.33	.26	.28	-.03
Dépression		.26	.11	.24	.62*	.35	.27	.34	.09
Sensibilité Interpersonnelle		.27	.23	.20	.43	.51*	.06	.27	-.14

* $p < .001$

+ Ce résultat a été calculé seulement à partir de 23 sujets.

Note. Tiré de Garner, Olmstead, Polivy, 1983. *International Journal of Eating Disorders*, vol 2, #2.

Insatisfaction face à certaines régions du corps; l'échelle d'Inefficacité (I) est en relation avec un estime de soi faible, un indice de dépression élevé au BDI (*Beck Depression Inventory*: Beck, Ward, Mendelson, Moch et Erbaugh, 1961) et une perte de contrôle. Le Perfectionnisme (P) est plus particulièrement relié à l'échelle Sensibilité interpersonnelle du HSCL (*Hopkins Symptom Check List*: Derogotis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth et Covi, 1974). L'échelle de Méfiance interpersonnelle (ID) est en relation avec un estime de soi faible. Les deux dernières échelles du EDI, Conscience intéroceptive (IA) et Peur de la maturité (MF), n'obtiennent pas de corrélations significatives avec les autres échelles. Suite à ces comparaisons les auteurs concluent que la validité concurrente du EDI est très satisfaisante, puisque les échelles du EDI comparables à d'autres instruments ou échelles semblables, obtiennent des corrélations significatives.

Garner *et al.* (1983), font état dans leur étude que le coefficient de cohérence interne du EDI est de .80 (Alpha de Cronbach) pour le groupe de patientes. Quant à la fidélité test-retest, jusqu'à présent aucune étude dans ce sens n'a été faite.

Le EDI s'avère être un instrument relativement récent. Il demeure présentement un des seuls instruments développés pour mesurer les TCA. Le questionnaire a été traduit par l'équipe de chercheurs de la Clinique des troubles du

comportement alimentaire de l'hôpital Douglass de Verdun (Steiger et Leichner, 1990). Cette clinique traite des patientes francophones et anglophones, ayant des TCA. Les chercheurs travaillent présentement à la validation française du EDI. La présente recherche espère contribuer en partie à cette validation. La traduction a été faite par l'équipe du Douglass, composée de psychologues et de psychiatres d'origine francophone et anglophone, ayant les compétences nécessaires pour traduire un questionnaire impliquant des items psychologiques relatifs aux TCA. Les traducteurs affirment avoir pris toutes les précautions nécessaires pour respecter le contenu original et utiliser un niveau de vocabulaire approprié.

Le EDI est un instrument valide et fidèle dans les limites des études faites jusqu'à maintenant. Ce questionnaire obtient un accord entre le jugement des cliniciens et l'auto-évaluation des patientes. Les différences observées au EDI, entre les anorexiques et les jeunes filles de niveau collégial, nous démontrent la validité de cet instrument. De plus, la différence remarquée entre les anorexiques et les obèses, nous permet de conclure que le EDI n'est pas simplement une mesure d'attitudes concernant le poids et les diètes, mais bien qu'il indique une mesure de désordre psychologique lié aux TCA. Les résultats nous démontrent aussi qu'il y a peu de différence entre les sous-groupes d'anorexiques

(anorexiques, anorexiques-boulimiques, boulimiques) et ceci concorde, entre autres, avec une étude de Garner, Garfinkel et O'Shaugnessy (1985) qui renvoie les différents sous-groupes sur un même continuum, celui des TCA. En conclusion, le EDI s'avère être un bon instrument pour évaluer les TCA et il a l'avantage de s'administrer rapidement (environ 20 min.).

Le Bond Defense Style Questionnaire

Présentation de l'instrument. Le *Bond Defense Style Questionnaire* (BDSQ) de Bond et al. (1983), est un questionnaire d'auto-évaluation indiquant la perception de la personne de son propre style de défense et d'adaptation. Le BDSQ a été précédé d'études de Vaillant (1971-1986). Vaillant a fait une étude longitudinale sur 40 ans où il mesurait les liens entre d'une part, la santé mentale, et d'autre part, le style de défense, la capacité d'ajustement et l'adaptation d'un sujet aux situations de la vie. Vaillant partait de l'hypothèse selon laquelle certains styles de défense étaient plus ou moins adaptés et plus ou moins coûteux pour le sujet; il a d'abord dressé une liste de mécanismes de défense, pour ensuite les diviser en sous-groupe: *Immature*, *Image-distorting*, *Self-sacrificing* et *Adaptative*. Il a par la suite démontré que sa théorie d'une hiérarchie des mécanismes de défense correspondait à une définition empirique de la santé mentale.

C'est à partir de cette définition empirique de la santé mentale et des quatre styles de défense identifiés par Vaillant que Bond (1983-1989) a élaboré le BDSQ. Ce questionnaire mesure des mécanismes de défense se rapportant à quatre styles de défense qui varient du style le plus "immature" au style le plus "mature". Selon Bond, le BDSQ ne peut s'attribuer la capacité de mesurer directement les mécanismes de défense, car ceux-ci sont parfois inconscients. Bond ajoute que les mécanismes de défense ne comprennent pas seulement des processus intrapsychiques, mais aussi des comportements désignés pour concilier des états psychiques et des demandes externes et/ou internes. En parlant du style de défense Bond parle de: "*style of dealing with conflict or stress*" (Bond, 1983, p.334.). Il s'agit donc d'estimer un groupe de défenses que l'on peut qualifier de style de défense.

Les quatre styles de défense et les mécanismes de défense spécifiques qui y sont associés sont les suivants. Le style de défense 1, Immature (*immature defense style*), se caractérise par une certaine forme de retrait de l'affect et de repli sur soi. D'une façon générale, ce style reflète une instabilité dans la gestion des impulsions et une difficulté à orienter celles-ci d'une façon constructive et adaptée. Ce style de défense est caractérisé particulièrement par des mécanismes coûteux pour la personne. On y retrouve des mécanismes tel que: l'*acting-*

out, la régression, le retrait, l'inhibition, la projection, et l'attitude passive-agressive. Le style de défense 2, Altération des Représentations (*image-distorting defense style*), est caractérisé essentiellement par un clivage de soi et des autres en bon et mauvais objets. Ce style reflète chez le sujet une altération, une distorsion de la réalité par des opérations défensives comme la dévaluation, l'idéalisation infantile et le clivage (*splitting*). Le style 2 interfère dans les relations d'objets, mais contrairement au style 1, il n'empêche pas nécessairement la réalisation et l'accomplissement social du sujet. Le style de défense 3, Névrosé, se caractérise par un sacrifice de ses propres besoins (*self-sacrificing defense style*) en faveur d'une approbation extérieure ou pour éviter certains conflits. Ce type de défense se rapproche plus particulièrement du type de défense caractéristique de la névrose (Vaillant, 1975). A ce style de défense, on associe des mécanismes tels que la formation réactionnelle et le pseudo-altruisme. Finalement, le style de défense 4, Mature (*mature defense style*), fait état d'une bonne tolérance à la frustration et d'un bon contrôle des impulsions. Vaillant (1975), parle d'un style de défense qui reflète une bonne adaptation. Des mécanismes comme l'humour, la sublimation et la suppression permettent une adaptation constructive du sujet face à lui-même et à son environnement.

Ce questionnaire comprend 68 items; le sujet doit indiquer son accord ou son désaccord avec la proposition (correspondant à un mécanisme de défense associé à un des quatre styles de défense) sur une échelle graduée de 1 à 9: 1 correspondant à tout-à-fait en désaccord et 9 correspondant à tout-à-fait d'accord. Le questionnaire étant construit de façon à ce que plus le sujet indique un résultat élevé aux items (mécanismes de défense) correspondant à un style de défense, plus il utilise ce même style de défense. A partir d'une courbe normale avec un écart-type de .5, pour un style de défense donné, un sujet ayant un score total moyen supérieur à un écart-type par rapport à la moyenne de son groupe (des moyennes ont été établies pour une population psychiatrique et pour une population non-psychiatrique), utilise principalement ce style de défense.

La traduction française du BDSQ a été obtenue du Dr. Steiger, chercheur à la Clinique des troubles du comportement alimentaire de l'hôpital Douglass de Verdun. Afin d'obtenir le manuel de travail (Bond, 1991) et la permission d'utiliser le questionnaire, la chercheuse a communiqué avec l'auteur, le Dr. Michael Bond, au Jewish General Hospital de Montréal. Ce dernier en a autorisé l'utilisation et recommandé la traduction réalisée par les chercheurs de l'hôpital Douglass.

Propriétés psychométriques. Le questionnaire a d'abord été construit à partir d'une analyse factorielle faite auprès d'un échantillon de 209 personnes, 98 patients (P) et 111 non patients (NP) (Bond et al., 1983). Au départ, 97 propositions comprenant 24 mécanismes de défense ont été sélectionnées par des cliniciens et administrées aux 209 personnes. Une première analyse factorielle fait ressortir quatre facteurs comprenant en tout 14 des 24 mécanismes de défense de départ. Une deuxième analyse reprenait les 14 mécanismes de défense ressortis lors de la première analyse. Chacun des 14 mécanismes devait obtenir un score supérieur à .50 (*factor loading*) pour appartenir à un des quatre facteurs (voir tableau 2).

La cohérence interne du BDSQ est supportée par une corrélation item-total pour chaque proposition et la défense qu'elle représente avec une probabilité supérieure à .001. De plus, le regroupement des mécanismes de défense en quatre facteurs suit une logique théorique, les mécanismes appelés Immature se regroupent sous le facteur 1, les mécanismes d'Altération des Représentations se regroupent sous le facteur 2, et il en va de même pour les facteurs 3 et 4. Finalement, une intercorrélation négative et significative ($-.28$, $p < .001$) entre les facteurs 1 et 4 (immature et mature) démontre aussi une certaine cohérence interne du BDSQ. Jusqu'à présent, aucune étude de fidélité test-retest n'a été faite.

Tableau 2
Analyse Factorielle d'une mesure d'auto-évaluation
du style de défense.

	Facteur 1 Immature	Facteur 2 Altération des représ.	Facteur 3 Névrosé	Facteur 4 Mature
<u>Défenses</u>				
Acting-out	.78	.21	-.02	-.14
Passif-agressif	.76	.18	.06	.00
Régression	.76	-.05	-.10	-.19
Retrait	.75	-.03	.22	.10
Inhibition	.68	-.15	.23	-.01
Projection	.69	.39	.06	-.32
Omnipotence- dévaluation	.06	.75	-.08	.26
Idéalisation Primitive	.25	.54	.34	.10
Splitting	.29	.70	-.06	-.17
Pseudo- altruisme	.22	-.04	.70	.03
Formation réactionnelle	.27	-.01	.60	.08
Humour	-.10	.04	-.27	.70
Suppression	-.17	.09	.09	.61
Sublimation	-.06	.05	.11	.73

Note. Tiré de Bond, 1991. *Manual for the Defense Style Questionnaire*. Montréal: Jewish General Hospital. Document inédit.

Les critères de validité sont aussi supportés par une validité concurrente entre le BDSQ et deux autres questionnaires mesurant le développement du moi et les forces du moi. Il s'agit du *Loevinger's Ego Development* de Loevinger et Wessler (1970) et du *Ego Strength Measures* de Brown et Gardner (1980). Des corrélations significatives entre le BDSQ et ces deux questionnaires supportent sa validité (voir tableau 3).

Tableau 3
Corrélations entre les styles de défense, le *Loevinger's Ego Development* et le *Ego Streght Measures*.

	Style 1 Immature	Style 2 Altération des représ.	Style 3 Névrosé	Style 4 Mature
Forces du moi (<i>Ego Strenght</i>)	-.91*	-.37*	-.38*	.32*
Développement du moi (<i>Loevinger's Ego Development</i>)	-.42*	-.22*	-.29*	.19*

$p < .01^*$

Note. Tiré de Bond, 1991. *Manual for the defense style questionnaire*. Montréal: Jewish General Hospital. Document inédit.

On peut observer au tableau 3 des corrélations significatives entre le développement du moi, les forces du moi et les styles de défense. On remarque des corrélations négatives significatives entre les styles de défense 1, 2, 3, le développement du moi et les forces du moi. Pour le style de défense 4, on peut observer une corrélation positive significative entre ce style de défense (mature), le développement du moi et les forces du moi.

La validité est aussi supportée par l'observation suivante: les patients (Bond et al., 1983) ont un résultat significativement supérieur aux non patients aux facteurs 1, 2 et 3 (132.7 vs 91.7, 36.9 vs 30.3, 25.8 vs 22.6), et ont un résultat significativement inférieur au facteur 4 (24.4 vs 28.2).

Ce questionnaire a été utilisé et traduit en français par l'équipe de la Clinique des troubles du comportement alimentaire de l'hôpital Douglass. La validation française du BDSQ n'est pas encore terminée. La présente expérimentation espère contribuer en partie à la validation française de cet instrument.

Le BDSQ est un questionnaire qui requiert peu de temps pour y répondre (environ 20 min.) et qui ne nécessite pas d'être administré par des professionnels. De plus, il offre l'avantage de délimiter des styles de défense en parallèle avec un fonctionnement et une adaptation, plus ou moins

coûteuse pour les sujets. Ceci apparaît intéressant dans la mesure où les TCA sont considérés comme une "adaptation" coûteuse (référence ici au chapitre un, à la section où les TCA sont présentés comme réorganiseurs de la personnalité).

Inventaire de dépression de Beck

Présentation de l'instrument. L'Inventaire de dépression de Beck (1961) est un instrument servant à évaluer l'intensité de la dépression. Plusieurs années de recherche ont été faites dans le but d'évaluer la validité de ce questionnaire largement utilisé jusqu'à maintenant. La traduction française a été faite et validée par Gauthier, Lawson, Morin et Thériault (1982).

Le questionnaire comprend 21 items représentant différentes manifestations de comportements spécifiques à la dépression. Chaque item comprend une série graduée de quatre ou cinq propositions se référant au degré d'intensité de la dépression ressentie. Des valeurs numériques de 0 (neutralité) à 3 (intensité maximale) correspondent à des degrés d'intensité différente. Le sujet indique sa réponse en se référant à son état actuel. Le score final du BDI s'obtient en additionnant les résultats obtenus à chacun des 21 items. Le score possible varie entre 0 et 63 et donne une appréciation quantitative des sentiments dépressifs.

Les auteurs proposent les barèmes suivants: 0 à 9 : absence de dépression; 10 à 15: dépression légère; 16 à 19: dépression légère à modérée; 20 à 29: dépression modérée à sévère et 30 à 63: dépression sévère.

Propriétés psychométriques. Le contenu du BDI a d'abord été conçu à partir d'un consensus clinique concernant les symptômes dépressifs observés chez les patients psychiatriques (Beck et al., 1961). Moran et Lambert (1983) ont comparé les énoncés du BDI avec les critères du DSM-III et leur analyse démontre que le BDI inclut six des neuf critères du DSM-III. Les trois autres critères ont été délibérément omis par Beck et al. (1961). En effet, des éléments comme l'augmentation de l'appétit et des heures de sommeil se retrouvent très souvent dans une population normale et l'inclusion de ces éléments est susceptible d'entraîner une hausse du nombre de faux positifs (Steer et Beck, 1985). D'autre part, un élément comme l'agitation, est un signe clinique jugé inapproprié dans une échelle d'auto-évaluation.

L'analyse factorielle du BDI démontre que la dépression peut être décomposée en trois facteurs: attitude négative, difficultés au niveau de la performance et de l'humeur (tristesse, pessimisme, irritabilité), et les plaintes somatiques.

En 1988, Beck, Steer et Garbin ont effectué une revue de littérature des études psychométriques faites sur le BDI

de 1966 à 1986. La validité concurrente entre le BDI et d'autres questionnaires, évaluant la dépression, démontre un coefficient moyen de .60.

La fidélité du BDI peut être démontrée par sa cohérence interne et par sa stabilité. Beck et al. (1988), font état de 38 recherches sur la cohérence interne du BDI auprès de populations psychiatriques et non-psychiatriques, les coefficients alpha se situant entre .76 et .95 pour la population psychiatrique et entre .73 et .92 pour la population non-psychiatrique. Pour évaluer la stabilité, Beck a utilisé deux méthodes: test-retest et une comparaison avec une évaluation clinique. Les résultats démontrent que les changements obtenus au BDI sont en parallèle avec l'évaluation clinique, ceci indiquant une forte relation entre les perceptions des cliniciens et l'auto-évaluation du patient. Beck relevait aussi 10 études portant sur la fidélité test-retest et les corrélations étaient toutes supérieures à .60.

Plusieurs études confirment les qualités psychométriques du BDI. Présentement, il serait une des meilleures mesures pour évaluer l'intensité de la dépression (Rehm, 1976). De plus, le BDI possède un champ d'application très diversifié (Beck et al., 1988) et il est facile à administrer.

En 1982, Gauthier *et al.* ont fait une recherche dans le but d'évaluer les qualités psychométriques de la version française du BDI. Dans un premier temps, le BDI a été traduit et vérifié séparément, par deux personnes bilingues familières avec la traduction d'ouvrages psychologiques. Par la suite, il fut expédié à 800 personnes sélectionnées au hasard dans le bottin téléphonique de la région de Québec. Le questionnaire a été retourné par 342 personnes, et de ce nombre, 266 ont répondu correctement (145 femmes et 121 hommes), l'âge moyen étant de 40 ans, l'étendue allant de 18 à 90 ans. De cet échantillon, 82 (40 femmes et 42 hommes sur les 150 sélectionnés au hasard) ont répondu une seconde fois au même questionnaire trois mois après la première administration. Les résultats démontrent que le questionnaire est homogène puisque le score de chacun des items est significativement relié au score total ($p < .001$). La cohérence interne obtient un coefficient alpha de .82. et pour un intervalle de trois mois, la fidélité test-retest donne un résultat de .75 ($p < .001$). Finalement, l'analyse factorielle découpe les trois facteurs de la version originale: affects négatifs envers soi, difficultés physiologiques et troubles de l'humeur.

Bourque et Beaudette (1982), ont fait une autre adaptation française du BDI et l'ont administrée à un échantillon de 498 étudiants universitaires francophones. La cohérence interne obtient un alpha de .92. La procédure

test-retest, après quatre mois, obtient un coefficient de .62 ($p < .001$). L'analyse factorielle donne les même trois facteurs (c.f. ci-haut) représentant 75.8% de la variance.

Les données psychométriques obtenues par Gauthier et al. (1982) et Bourque et Beaudette (1982) sont comparables à celles de Beck et al. (1961) et Reynolds et Gould (1981). Gauthier et al. ont remarqué des différences significatives entre les résultats des hommes et des femmes; cela confirme le besoin identifié par Reynolds et Gould (1981) de considérer le sexe des sujets dans l'interprétation des résultats. C'est pourquoi la version française inclut des normes distinctes pour les deux sexes.

Les recherches effectuées en milieu francophone démontrent que le BDI est un instrument valide et fidèle pour évaluer l'intensité de la dépression auprès d'une population francophone. La présente étude utilisera la traduction de Gauthier et al. (1982). Ces auteurs respectent la formulation de Beck dans la présentation des 21 items: à savoir, une série graduée de quatre ou cinq énoncés alors que l'adaptation de Bourque et Beaudette (1982) ne respecte pas cette formulation, le nombre de propositions pour chaque énoncé ayant été uniformisé à quatre.

Déroulement de l'expérience

Les trente et une patientes ont d'abord été rencontrées individuellement par la chercheuse au CHUL. Ces rencontres ont été réparties sur une période d'un an, temps nécessaire pour rencontrer un nombre suffisant de patientes. La rencontre avait pour but d'expliquer aux patientes le contexte relié à la recherche (mémoire de maîtrise, etc.) et comportait deux objectifs. D'une part, exposer l'objectif poursuivi par l'étude; c'est-à-dire, contribuer à améliorer le traitement des TCA en tentant de comprendre un peu plus les variables qui peuvent y être impliquées. D'autre part, si la patiente était d'accord pour participer, elle était informée de la contribution qui serait requise de sa part. Un formulaire de consentement, soumis et accepté préalablement par le comité de déontologie du CHUL, était présenté à la patiente. Elle devait le signer si elle acceptait de participer à la recherche. Toutes les patientes rencontrées ont accepté de participer. Par la suite, elles recevaient des explications sur la façon de répondre aux questionnaires. Le temps moyen de passation étant environ d'une heure, les patientes y répondaient individuellement chez-elles. La seule consigne donnée était de répondre seule et spontanément à chacun des questionnaires en se référant, si nécessaire, à l'instant présent. Aucune autre directive particulière ne leur était donnée et aucun ordre de passation n'avait été établi; cet

ordre n'apparaissant pas influencer les résultats. Après une période d'environ deux semaines, les patientes retournaient les questionnaires au secrétariat de la clinique externe de psychiatrie dans une enveloppe au nom de la chercheure.

Hypothèses de recherche

Les données recueillies dans la littérature sur les troubles du comportement alimentaire, notamment l'anorexie et la boulimie, laissent soupçonner la présence d'une problématique où les fonctions du moi et les mécanismes de défense jouent un rôle important. Les TCA s'avéreraient être un palliatif aux mécanismes de défense, ceux-ci étant insuffisants pour gérer les impulsions du sujet.

A partir de ces constatations, les hypothèses suivantes ont été formulées:

Hypothèses de recherche principales

- 1- Il existe une relation positive significative entre un résultat élevé au *Eating Disorders Inventory* (EDI) et un résultat élevé au style de défense Immature (style #1).
- 2- Il existe une relation positive significative entre un résultat élevé au EDI et un résultat élevé au style de défense Altération des représentations (style #2).

3- Il existe une relation positive significative entre un résultat élevé au EDI et un résultat élevé au style de défense Névrosé (style #3).

4- Il existe une relation négative significative entre un résultat élevé au EDI et un résultat élevé au style de défense Mature (style #4).

Hypothèses de recherche secondaires

5- Il existe une relation significative entre chacun des quatre styles de défense du *Bond Defense Style Questionnaire* (BDSQ) et chacune des huit échelles du EDI.

6- Il existe une relation significative entre l'Inventaire de dépression de Beck (BDI), le résultat global du EDI et celui des huit échelles du EDI.

Pour vérifier les hypothèses précédentes, une méthode corrélationnelle a été choisie (r de Pearson). Le seuil d'acceptation des hypothèses doit être de probabilité inférieure à 0.5, i.e., probabilité inférieure à 5% que l'hypothèse vérifiée soit due au hasard. Ce seuil est celui généralement admis en psychologie.

Chapitre III

Présentation des résultats et discussion

Le chapitre III présente les résultats des analyses statistiques. La première partie présente les tendances centrales des variables étudiées. La deuxième partie présente les résultats correspondant aux hypothèses de recherche énoncées précédemment. Le chapitre se termine par une discussion des résultats.

Résultats au EDI

Notons que le résultat total moyen des sujets de la recherche, au EDI est de 84. Ce résultat se compare à celui obtenu par Garner *et al.* (1983), qui obtenaient un résultat total moyen de 89. Ce résultat discrimine significativement les patientes souffrant de TCA des autres jeunes filles (groupe contrôle), puisque le résultat obtenu par ces dernières au EDI est de 30 (Garner *et al.*, 1983). Le tableau 4 présente les résultats obtenus au EDI global et pour chacune des huit échelles du EDI par les sujets de la présente recherche et ceux de l'étude de Garner *et al.* (1983). En observant le tableau 4 on remarque que les résultats de la recherche sont comparables à ceux obtenus par Garner *et al.* (1983). Ces résultats similaires viennent appuyer la validité de la traduction française du EDI.

Tableau 4

Résultats moyens obtenus par des anorexiques et par une population féminine normale pour chacune des échelles du *Eating Disorder Inventory* (EDI), d'après une étude de Garner et al. (1983); et, résultats moyens obtenus par les sujets de la recherche.

	Sujets de la recherche (N=25)	Garner et al. (1983) Anorexiques* Pop.fém. normale (N=113) (N=577)	
<u>EDI: score global</u>	84	89	30
<u>EDI: échelles</u>			
Conduites			
d'amaigrissement (DT)	14,8	15,4	5,0
Boulimie (BU)	6,4	6,7	2,0
Insatisfaction face			
à son corps (BD)	14,1	15,8	10,2
Sentiment			
d'Inefficacité (I)	12,2	14,4	2,0
Perfectionnisme (P)	8,7	10,0	5,2
Méfiance			
Interpersonnelle (ID)	7,4	7,7	2,2
Conscience			
Intéroceptive (IA)	12,1	12,5	2,9
Peurs reliées à la			
Maturité (MF)	6,4	6,0	2,5

* anorexiques N=48, boulimiques N=65

Résultats au BDSQ

Le tableau 5 présente les résultats obtenus au BDSQ par les 25 sujets de la recherche, comparativement à ceux obtenus par une population psychiatrique et non-psychiatrique, d'après une étude de Bond et al. (1983). La population psychiatrique se compose de la façon suivante: 42 patients hospitalisés, 56 patients ayant un suivi régulier à la clinique externe de psychiatrie. Les diagnostics établis vont comme suit: 39 psychotiques, 26 borderlines, 22 névroses majeures, 6 désordres de la personnalité et 5 autres. Les sujets sont 48 hommes et 50 femmes, âgés en moyenne de 27 ans. La population non-psychiatrique se compose de 10 étudiants de niveau secondaire, 5 étudiants de niveau collégial, 37 étudiants universitaire, 56 personnes occupant un emploi socialement reconnu (dont femme au foyer) et 3 personnes retraités. Les sujets sont 48 hommes et 63 femmes, âgés en moyenne de 31 ans.

A titre indicatif, en observant le tableau 5, nous pouvons remarquer qu'en comparant notre population (N=25; âge moyen: 27 ans) avec la population non-psychiatrique, les sujets de notre étude obtiennent des résultats plus élevés aux quatre styles de défense. En comparant les résultats de nos sujets avec ceux de la population psychiatrique (n'ayant pas de TCA), nous remarquons qu'au style de défense 1 les patientes de notre

Tableau 5
 Résultats moyens obtenus au *Bond Defense Style*
Questionnaire (BDSQ) par les sujets de la recherche, et par
 une population psychiatrique et non-psychiatrique d'après
 une étude de Bond, et al. (1983).

	Sujets de la recherche	Sujets de Bond et al. (1983)	
	(N=25)	pop. psych. (N=98)	pop. non-psych. (N=111)
<u>Styles de défense</u>			
Style 1			
Immature	4,6	4,8	3,6
Style 2			
Altér. représ.	3,4	3,4	2,5
Style 3			
Névrosé	4,8	4,1	2,9
Style 4			
Mature	5,3	4,3	4,7

étude ont un résultat quelque peu inférieur, il est équivalent au style de défense 2 et un peu supérieur au style de défense 3. Ces trois premières comparaisons nous permettent de constater un rapprochement possible entre les sujets de la recherche et une population psychiatrique, en ce qui à trait aux trois premiers styles de défense. On observe aussi chez les sujets de la présente recherche un résultat plus élevé que la population psychiatrique et même

non-psychiatrique, au style de défense 4; ce résultat démontrerait qu'elles ont un style mature et reflèterait une meilleure adaptation. Mais nous reviendrons sur l'interprétation de ce résultat surprenant lors de la discussion.

Résultats au BDI

L'indice de dépression moyen des patientes au BDI est de 23. Ce résultat situe les patientes entre une dépression modérée et une dépression sévère. Ce résultat corrobore la majorité des études sur les TCA qui relèvent la présence de dépression importante chez ce type de patientes. A titre de comparaison, une étude de Steiger, Goldstein, Mongrain et Vanderfeen (1990) relevait un résultat moyen de 26 au BDI chez des patientes souffrant de TCA.

Vérifications des hypothèses de recherche

Hypothèses principales

Le tableau 6 présente les résultats des hypothèses de recherche. En conformité avec la première hypothèse, on peut observer l'existence d'une corrélation positive et significative, $r = .43$, $p < .05$, entre le EDI et le style de défense 1, Immature au BDSQ 1.

On peut constater également au tableau 6 une faible corrélation positive entre le EDI et le style de défense 2,

Altération des représentations au BDSQ 2. Ce résultat ne permet pas de confirmer la deuxième hypothèse ($r = .07$, $p > .05$).

La troisième hypothèse est confirmée puisque les résultats démontrent qu'il existe une corrélation positive significative entre les résultats au EDI et au style de défense névrosé (BDSQ 3, $r = .34$, $p < .05$).

Tableau 6

Intercorrélations entre le *Eating Disorder Inventory* (EDI)
et les 4 styles de défense du *Bond Defense Style*
Questionnaire (BDSQ).

	EDI	Style 1	Style 2	Style 3	Style 4
EDI	1	.43*	.07	.34*	-.17
<u>BDSQ:</u>					
Style 1 Immature		1	.58***	.28	-.35*
Style 2 Altér. représ.			1	.11	-.11
Style 3 Névrosé				1	-.19
Style 4 Mature					1

*significatif à $p < .05$

**significatif à $p < .01$

***significatif à $p < .001$

On peut observer une corrélation négative entre le EDI et le style de défense 4, Mature au BDSQ 4 ($r = -.17$, $p > .05$), mais cette corrélation n'atteint pas le seuil de signification retenu. L'hypothèse est donc rejetée.

On remarque également au tableau 6 une corrélation positive et significative, $r = .58$, $p < .001$, entre le style de défense 1 et le style de défense 2; ce résultat est également significatif et se compare au résultat obtenu par Bond (1991) qui était de $.39$ ($p < .001$). Les résultats démontrent aussi une corrélation négative et significative, $r = -.35$, $p < .05$, entre le style de défense 1 et le style de défense 4, Bond (1991) obtenait aussi une corrélation significative de $-.28$ ($p < .001$). Ces résultats, parallèles à ceux de Bond (1991), sont intéressants puisqu'ils viennent appuyer, en partie, la traduction française du BDSQ.

En résumé, les hypothèses 1 et 3 ont été vérifiées; quant aux hypothèses 2 et 4, leurs corrélations vont dans le sens de l'hypothèse, mais n'atteignent pas le seuil de signification.

Hypothèses secondaires

En observant le tableau 7 en relation avec la première hypothèse secondaire (hypothèse 5) il est possible de relever les observations suivantes. Le style de défense Immature (BDSQ 1) est en relation positive significative avec les Conduites d'amaigrissement (DT), l'Insatisfaction

Tableau 7

Correlations entre les 4 styles de défense du *Bond Defense Style Questionnaire* (BDSQ), l'Inventaire de dépression de Beck (BDI) et les huit échelle et le score total du *Eating Disorders Inventory* (EDI).

	BDSQ1 Immature	BDSQ2 Alter. Repres.	BDSQ3 Nevrose	BDSQ4 Mature	BDI
Échelles du EDI					
Conduites d'Amaigrissement (DT)	.38*	.09	.25	-.005	.55**
Boulimie (BU)	-.02	.06	.17	.03	.06
Insatisfaction face a son corps (BD)	.39*	-.25	.26	-.29	.42*
Sentiment d'Inefficacite (I)	.43*	.08	.47*	-.20	.67***
Perfectionnisme (P)	.20	.10	.25	.17	.30
Mefiance Interpersonnelle (ID)	.25	.29	.42*	-.14	.51**
Conscience Interoceptive (IA)	.29	.14	.17	-.09	.50**
Peurs reliees a la maturite (MF)	.26	.03	.06	-.12	.63***
EDI total	.43*	.07	.34*	-.17	.70***
BDI	.70***	.40*	.52**	-.30	1

*significatif à $p < .05$

**significatif à $p < .01$

***significatif à $p < .001$

face à son corps (BD) et le Sentiment d'inefficacité (I). Le style de défense Névrosé (BDSQ 3) obtient des corrélations positives significatives avec les échelles Sentiment d'inefficacité (I) et Méfiance interpersonnelle (ID). Quant aux styles de défense BDSQ 2 et BDSQ 4, les corrélations n'atteignent pas le seuil de signification.

Pour la deuxième hypothèse secondaire (hypothèse 6), on constate d'abord au tableau 7 la présence d'une corrélation positive et significative, $r = .70$, $p < .001$, entre le EDI et le BDI. On constate également que la plupart des échelles au EDI (sauf Boulimie et Perfectionnisme) obtiennent une corrélation positive significative avec le BDI; plus particulièrement, l'échelle Sentiment d'inefficacité (I) et l'échelle Peurs reliées à la maturité (MF), avec une probabilité de $p < .001$.

Les résultats au tableau 7 démontrent aussi une corrélation positive et significative entre le BDI et les styles de défense BDSQ 1 ($r = .70$, $p < .001$), BDSQ 2 ($r = .40$, $p < .05$) et BDSQ 3 ($r = .52$, $p < .01$). Quant au style de défense BDSQ 4 ($r = -.30$), la corrélation est dans le sens attendu, mais n'atteint pas le seuil de signification retenu.

Discussion

Cette section aborde la discussion des résultats rapportés au chapitre III dans le contexte de la recension des écrits du chapitre I. Les résultats obtenus au BDSQ par les 25 sujets de la présente recherche se rapprochent de ceux obtenus par Bond et al. (1983), auprès d'une population psychiatrique aux deux premiers styles de défense (Immature et Altération des Représentations). Ceci pourrait démontrer que les sujets de la présente recherche ont un style de défense immature et inadapté, qui se compare au style de défense d'une population ayant des problèmes psychiatriques. Les patientes de la recherche ont un résultat plus élevé que les patients psychiatriques au style de défense 3 (Névrosé) et beaucoup plus élevé que la population psychiatrique et même plus élevé que la population non-psychiatrique au style de défense 4 (Mature). Ce rapprochement est fait à titre indicatif.

Le chapitre I a tenté de démontrer le fait que la problématique des TCA pouvait être influencée par une difficulté issue du stade de séparation-individualisation, stade où les implications liées à la relation d'objet sont en jeu. Des traits tels que: une peur de l'abandon et de perte d'objet, une insécurité, un faible estime de soi, des difficultés narcissiques, une fusion avec l'objet, etc.,

seraient présents dans la vie de ces sujets par la suite et favoriseraient un fonctionnement sous un mode de défense plus primaire et immature. Comme on peut le constater, le style de défense 1 (immature) est en relation significative ($r=.43$, $p<.05$) avec la présence élevée de symptômes de TCA (EDI). Le style de défense 1 comporte des mécanismes primaires et inadaptés tels: *acting-out*, projection, passif-agressif, régression, retrait et inhibition. Ce résultat va dans le sens de l'hypothèse de la présente recherche selon laquelle les TCA pourraient jouer un rôle en tant que palliatif à une faille du moi associée à un style de défense primaire et immature. De plus, nous avons relevé que le style de défense Immature était plus particulièrement en relation avec les échelles suivantes: Conduites d'amaigrissement, Insatisfaction face à son corps et Sentiment d'inefficacité. Le sentiment d'inefficacité corrobore le fait que ces sujets manquent de ressources pour effectuer le passage vers l'autonomie lors de l'adolescence et au début de la vie d'adulte. La présence d'insatisfaction face à son corps et des conduites d'amaigrissement, suite à des problèmes d'identité et d'image corporelle, pourraient être interprétées comme une tentative d'utiliser le corps (*acting-out*: par exemple, processus d'auto-destruction associé à la dénutrition), les TCA devenant un moyen de "gérer" les pulsions du sujet.

Le style 2, Altération des représentations, regroupe des mécanismes en lien avec la représentation d'objets (omnipotence-dévaluation, idéalisation primitive, *splitting*). Ce style de défense amène certaines difficultés dans les relations d'objets, mais n'empêche pas la réalisation et l'accomplissement social du sujet. Les résultats de la recherche démontrent qu'il n'y a pas de relation significative entre le EDI et le style de défense 2. En lien avec le contexte théorique, qui a relevé chez les patientes ayant des TCA des difficultés relatives à la relation d'objet, il aurait été logique de retrouver un lien entre le EDI et le style 2. De plus, le fonctionnement social de ces sujets ne semble pas être entravé par les problèmes associés à leur problématique (le résultat élevé au style 4, Mature, en est un bon exemple). Un tel résultat au style 2 est surprenant et s'explique possiblement d'une autre façon.

Dans l'étude de Becker et al. (1987) rapportée au chapitre I, les patientes démontrent à l'aide du *Bell Object Relation Inventory* (Bell et al., 1986) une insécurité relationnelle, une angoisse d'abandon, des relations interpersonnelles ambivalentes et de l'égocentricité. En observant de plus près le contenu des items du style 2, par exemple l'item 11, "Je suis supérieur(e) à la plupart des gens que je connais"; item 18, "Je me sens souvent supérieur(e) aux personnes qui m'entourent"; item 42, "Je

ne crains rien", on remarque dans le contenu de ces items une certaine omnipotence et une agressivité face aux autres. Ce style de défense semble mesurer plus particulièrement le côté agressif de la relation ambivalente à l'objet. D'autres caractéristiques comme la dépendance, la peur de l'abandon et l'insécurité relationnelle, sont très peu présentes dans le contenu des items, mais font partie de l'ambivalence face à l'objet qui marque les relations de ces patientes. Le style 2 apparaît contenir très peu d'items mesurant la dépendance et la peur de l'abandon face à l'objet; le résultat peu élevé à ce style s'attribue possiblement à ce manque, puisque le côté fusionnel et dépendant semble être ce qui qualifie les relations de ces sujets. Chez ces patientes, l'agressivité face à l'objet est probablement présente, même si elle ne ressort pas au premier abord; il serait intéressant de poser l'hypothèse selon laquelle cette agressivité présente au style de défense 2 serait retournée contre soi dans le cas des patientes souffrant de TCA. Cette problématique est aussi associée à des comportements auto-destructeurs: nous avons discuté au chapitre un de la présence d'auto-mutilation et de tentative de suicide chez ce genre de patientes. De tels passages à l'acte manifestent la présence d'agressivité retournée contre soi. Celle-ci peut aussi se manifester par la dépression et les résultats précédents ont démontré la présence de dépression chez les sujets de la recherche.

Les résultats au style 3 (Névrosé) sont légèrement élevés comparativement d'une part, à une population psychiatrique (4,8 vs 4,1) et d'autre part, très élevés comparativement à une population non-psychiatrique (4,8 vs 2,9). Il y a une relation significative entre le EDI et le style de défense 3 confirmant ainsi l'hypothèse de recherche. Ce phénomène peut s'expliquer à partir du fonctionnement névrotique de ces patientes qui dépend directement du support des objets extérieurs. L'ajustement social dont font état ces patientes, se fait souvent au détriment de leurs frontières personnelles. Elles n'ont pas de liberté intérieure face à répondre ou non aux demandes, à cause de l'insécurité relationnelle qu'elles vivent et ce, au détriment d'elles-mêmes et de leurs besoins. Le style 3 comporte des mécanismes tel que: pseudo-altruisme et formation réactionnelle, deux mécanismes qui viennent refouler des difficultés d'adaptation et mettre de l'avant un ajustement qui sacrifie les besoins de la patiente (*self-sacrificing defense*). Ce style est particulièrement en relation avec les échelles Sentiment d'inefficacité, Méfiance interpersonnelle et Peur de la maturité. Ces éléments peuvent être interprétés dans le sens suivant. Les patientes vivent un sentiment d'inefficacité, suite à un manque de ressources (entre autres, carence d'identification, peur de la séparation) nécessaires à l'intégration à la vie d'adulte; elles n'ont

pas d'autres choix que de préférer demeurer une enfant. La méfiance face aux autres peut aussi être interprétée comme une crainte du monde adulte.

L'hypothèse 4 n'a pas été vérifiée. Le résultat obtenu par les patientes au style 4, est plus élevé que celui obtenu par une population psychiatrique (5,3 vs 4,3) et même, fait surprenant, par une population non-psychiatrique (5,3 vs 4,7). Ceci démontrerait que les patientes ont un style d'adaptation mature et qu'elles maintiennent un fonctionnement social adéquat. Cependant, ce résultat est plus élevé que celui de la population non-psychiatrique et pourrait démontrer une "suradaptation". L'isolement social dont témoignent souvent ces patientes, démontrerait à quel prix elles conservent un fonctionnement social adéquat. La durée de la maladie (9 ans) avant la première consultation au Centre hospitalier de l'Université Laval, nous renseigne sur les efforts de fonctionnement et sur la possible "suradaptation" sociale que ces patientes ont réussi à maintenir pendant un certain temps. Nous pouvons supposer que les patientes étaient réticentes à consulter et qu'elles ne renoncent pas facilement à leur image de "fille parfaite". Le perfectionisme chez ces patientes avait d'ailleurs été évoqué lors de la description du EDI (Kalucy, Crisp et Harding, 1977; Bruch, 1978; Dally, 1969). La consultation signifie qu'elles finissent par accepter de demander de l'aide pour résoudre leurs difficultés, mais

seulement après une moyenne d'environ 9 ans de maladie. Il serait très intéressant, dans des recherches ultérieures, de demander aux patientes les raisons qui les amènent à tarder autant avant de consulter. Les patientes consultent souvent, pour une première fois, lorsque des problèmes importants de santé physique se manifestent. De ce fait, la durée de la maladie augmente l'influence de dérèglements biologiques. Comme nous l'avons vu au chapitre un, la dénutrition participe au maintien des TCA, et a des conséquences sur l'humeur des patientes.

D'ailleurs les résultats démontrent plusieurs relations entre la dépression, le style de défense et les TCA. Comme le contexte théorique le laissait entrevoir, la dépression pourrait être issue d'une difficulté de séparation et d'autonomie (deuil de l'objet primaire non fait) relevant de l'enfance et entraînant des difficultés narcissiques et identificatoires importantes. De ce fait, les TCA pourraient venir pallier à ces lacunes; et il serait logique de retrouver un lien important entre la dépression, les TCA et un style de défense immature. Cependant, une mise en garde doit être faite dans l'interprétation du lien entre la dépression et les TCA, puisqu'il semble y avoir un recoupement entre les critères pour diagnostiquer la dépression et ceux des TCA. Par exemple les échelles: Sentiment d'inefficacité, Méfiance interpersonnelle, Conscience intéroceptive, Peur reliée à la maturité du EDI,

peuvent facilement être reliées à des critères de dépression. Les fortes corrélations qu'obtient le BDI avec chacune de ces échelles le démontrent.

Quelles pistes de traitement ressortent de cette étude? Au chapitre I nous avons discuté de l'importance des éléments pré-oedipiens et oedipiens et des conséquences issues des difficultés rencontrées lors du stade de séparation-individualisation. L'adolescence viendrait réactiver ces difficultés, les éléments qui auraient dû être mis en place à l'enfance afin d'assurer l'autonomie du sujet à l'adolescence étant absents ou inadéquats. Comment de telles considérations peuvent-elles être intégrées dans un traitement? Est-il possible de reprendre, lors d'un traitement, les éléments essentiels à la traversée de l'Oedipe, afin d'amener le sujet à une plus grande autonomie? Est-ce qu'une étape qui n'a pu être complétée lors de l'enfance peut l'être plus tard, à l'âge adulte?

Les résultats nous indiquent que les patientes peuvent avoir un fonctionnement social adéquat et qu'elles retardent souvent avant de consulter. En apportant une meilleure prévention et en informant les jeunes filles des dangers associés aux TCA, nous pourrions ainsi les inciter à consulter plus tôt. Il serait intéressant dans des recherches ultérieures de vérifier dans quelle mesure la durée de la maladie influence le pronostic.

Les résultats ont démontré que des traits comme: le perfectionnisme, le sentiment d'inefficacité et une insatisfaction face à son corps, sont associés aux TCA. Le processus thérapeutique devrait être orienté dès le départ sur l'établissement d'un lien profond thérapeute-client, qui redonne à ce dernier goût à la vie et permet de travailler des aspects de la personnalité entourant l'estime de soi (perfectionnisme, image de soi négative, etc.).

L'approche psychanalytique a été, jusqu'à maintenant, la grille de lecture pour comprendre les troubles du comportement alimentaire. Le contexte théorique avançait l'hypothèse que certains éléments issus d'une problématique pré-Oedipienne sont demeurés inconscients. De plus, les résultats de notre étude démontrent que les TCA sont associés à un style de défense immature et en grande partie inconscient. Nous postulons qu'à l'aide d'un traitement ces mécanismes pourraient devenir conscients. En devenant conscients et en passant par la parole i.e., dans des "mots" (symbolisés), ils ne sont plus obligés de passer dans des "maux" (mécanismes immatures, ex: *acting-out*) i.e., des symptômes de TCA. Le processus thérapeutique pourrait, de plus, consister à dégager la demande d'amour de la demande de nourriture, et ainsi permettre l'ouverture nécessaire pour faire le deuil de l'objet primaire, objet de toute façon impossible à atteindre. Les effets de ce processus permettraient, avec un soutien adéquat, une plus grande

autonomie du sujet, dans la mesure où celui-ci peut dorénavant faire des choix éclairés et conscients. Il pourrait ainsi mettre de côté ses défenses immatures (associées aux TCA) en faveur de mécanismes d'adaptation plus matures et épanouissants.

Les dimensions biologiques doivent être considérées en parallèle. Malgré l'importance qui peut être accordée aux dimensions biologiques impliquées dans les TCA, l'approche psychosomatique a pu démontrer le lien de réciprocité entre le somatique et le psychique. Les TCA utilisent le corps pour dire une souffrance. Traiter seulement les symptômes physiques correspondrait à un refus d'entendre la souffrance, qui faute de mots pour se dire, passe à travers le corps. Il faut évidemment aussi tenir compte des dimensions physiques et faire un examen médical complet. Le chapitre I a relevé certains facteurs, comme les neurotransmetteurs, qui peuvent être impliqués directement dans l'augmentation ou la diminution de l'appétit. Il faut donc dans un premier temps, tenter d'évaluer les facteurs biologiques possibles reliées aux TCA. De plus, la dénutrition doit être traitée le plus tôt possible, dans la mesure où celle-ci joue un rôle important dans le maintien des symptômes. Une rééducation alimentaire s'avère donc nécessaire et indispensable au traitement.

Certains éléments socio-culturels influencent cette problématique. Les conflits psychiques à la base de ces

troubles ne sont pas sans liens avec les conflits qu'une culture peut véhiculer. Les facteurs socio-culturels ne peuvent être traités individuellement, mais ils peuvent certainement aider à la compréhension dynamique et symbolique des éléments en jeu dans les TCA. L'influence de modèles sociaux multiples et de pressions sociales parfois contradictoires, ne donnent plus aux jeunes de cadres de référence reconnus par une société et auxquels ils peuvent se référer. En aidant la patiente à prendre conscience de ces influences et en l'aidant à déplacer son centre d'évaluation vers l'intérieur, elle devient moins à la merci de cet environnement et peut, par le fait même, s'intégrer de façon plus épanouissante à cet environnement.

En conclusion à cette recherche, certaines suggestions peuvent être apportées pour des recherches futures. La validation du *Bond Defense Style Questionnaire* auprès du sujets ayant des TCA s'avérerait être d'une grande utilité pour des recherches ultérieures, comme en témoignent les observations faites dans la section précédente. A titre d'exemple, le style de défense 2, Altération des Représentations, ne semble mesurer qu'un aspect de la relation d'objet, et ceci apparaît être une lacune pour les raisons suivantes. La relation d'objet se caractérise par deux versants principaux. Tout d'abord, le versant dépendant, qui ne semble pas être abordé dans ce questionnaire et qui demeure une des caractéristiques

importante de la relation d'objet chez les patientes ayant des TCA. Quant au versant agressif, il semble n'être abordé dans le questionnaire que d'une seule façon i.e., par l'agressivité dirigée vers l'objet. Or nos connaissances en psychologie nous permettent d'apporter un point de vue supplémentaire, l'agressivité face à un objet peut aussi se retourner contre le sujet lui-même lorsque la voie d'expression vers cet objet est bloquée.

Andrews, Singh et Bond (1993), dans un article très récent, font une étude plus approfondie du BDSQ. Ils ont d'abord amélioré la consistance interne en ajoutant et en enlevant certains items. Ils ont également amélioré la discrimination des différents groupes diagnostiques et validé le questionnaire à l'aide d'un test-retest. Il en résulte un questionnaire simplifié de 40 items qui comprend trois styles de défense: *Immature*, *Neurotic* et *Mature*. Le style 2 a donc été supprimé et les mécanismes de défense qui en faisaient partie ont été redistribués dans les styles 1 et 3. Cette nouvelle version du BDSQ pourrait répondre en partie aux commentaires formulés précédemment sur le style 2.

Le résultat très élevé au style 4, *Mature*, nous interroge. Il serait intéressant de mesurer la "suradaptation" possible des patientes et de bien délimiter une adaptation saine et équilibrée d'une "suradaptation" coûteuse pour le sujet.

Conclusion

L'approche multifactorielle développée au chapitre I a relevé plusieurs facteurs susceptibles d'influencer le développement des troubles du comportement alimentaire. Établir des relations distinctes de cause à effet semble presque impossible et les TCA doivent être compris comme un processus interactionnel, résultant de plusieurs variables tant psychologiques, biologiques que socio-culturelles. La présente recherche a choisi d'approfondir le facteur psychologique et de voir la personnalité comme centre d'articulation et d'intégration de ces multiples influences.

Les hypothèses de départ avaient pour objectif de vérifier la relation entre les symptômes de TCA et un style de défense primaire ou immature. Les TCA sont présentés comme jouant un rôle de palliatif, suite à des difficultés de développement issues du stade de séparation-individualisation, qui entraîneraient un style de défense primaire et immature. Les symptômes de TCA viendraient communiquer et prendre la place d'une élaboration mentale (d'une parole), ils viendraient "parler par des maux" de la problématique féminine liée à la castration et à la perte de l'objet primaire.

Les résultats de la recherche vont dans le sens prédit et démontrent une relation positive et significative entre

le style de défense immature et les symptômes de TCA. Les résultats ont aussi démontré un indice de dépression élevé allant de modéré à sévère. De plus, ces patientes ont obtenu un résultat au style de défense mature plus élevé que la normale, suggérant ainsi une forme de "suradaptation".

La discussion des résultats a relevé quelques points qui peuvent s'avérer utiles pour des recherches ultérieures. Il serait préférable de valider le BDSQ auprès d'une population ayant des TCA. Certains résultats peuvent être expliqués par la population de la présente recherche, mais peuvent aussi être reliés au questionnaire lui-même. La révision du BDSQ (Andrews, 1993) semble répondre partiellement à cette lacune, puisque les auteurs ont amélioré la validité et la fidélité de leur questionnaire.

Il serait intéressant d'explorer certaines pistes de recherche. A titre d'exemple: qu'advient-il de l'agressivité présente chez les patientes ayant des TCA? Se retourne-t-elle contre la patiente elle-même? Il serait intéressant de vérifier en quoi consiste la "suradaptation" dont semblent faire état les patientes. Quel est le lien entre cette forme d'adaptation et la durée de la maladie? De plus, les résultats démontrent que la dépression est en relation significative avec plusieurs variables reliées aux TCA. Il serait intéressant dans des recherches futures de tenir compte du recoupement entre les symptômes de la dépression et ceux des TCA.

La présente recherche espère apporter une contribution théorique et clinique au traitement des TCA. Pour travailler cette problématique, il apparaît nécessaire de développer une compréhension théorique globale et une approche thérapeutique qui tienne compte de la dynamique, souvent inconsciente, qui mène aux TCA. Une approche qui de plus tiendrait compte des dimensions physiques et socio-culturelles a de meilleures chances de succès.

Le chapitre I a relevé que cette problématique touche presque exclusivement les femmes et a dénoté une augmentation exponentielle des TCA depuis 40 ans. L'ampleur de ces troubles dans la société occidentale peut nous interroger sur le cheminement qu'ont fait les femmes jusqu'à maintenant. De plus, le développement économique des sociétés industrialisées et l'importance exagérée qui est accordée à la consommation, ne mettent-ils pas de l'avant des valeurs économiques au détriment de valeurs humaines fondamentales?

Références

- ANDREWS, G., SINGH, M., BOND, M. (1993). The Defense Style Questionnaire. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 246-256.
- ALEXANDER, F. (1970). *La Medecine Psychosomatique*. Paris: Petite Bibliothèque Payot.
- BEAUMONT, P.J.V., TOUYZ, S.W. (1985). *Eating Disorders. Prevalence and Treatment*. Sydney: Williams and Wilkins.
- BEAUMONT, P.J.V., GEORGE, G.C.W., SMART, D.E. (1976). "Dieters" and "vomitters and purgers" in anorexia nervosa. *Psychological Medecine*, 6, 617-622.
- BECK, A.T., STEER, R.A., GARBIN, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychological Review*, 8, 77-100.
- BECK, A.T. (1967). *Depression: causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- BECK, A.T., WARD, C.H., MENDELSON, M., MOCH, J., ERBAUGH, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 53-63.
- BECKER, B., BELL, M., BILLINGTON, R. (1987). Objet relation ego deficits in bulimic college women. *Journal of Clinical Psychology*, 43, 92-95.
- BELL, M., BILLINGTON, R., BECKER, B. (1986). A scale for the assesment of objet relations: reliability, validity, and factorial invariance. *Journal of Clinical Psychology*, 42, 733-741.
- BELLAK, L., HURVICH, M., GEDIMAN, H. (1973). *Ego functions in schizophrenics, neurotics, and normals*. New York: Wiley and sons.
- BERSCHIED, E., WALSTER, E., HOHRNSTEDT, G. (1973). The happy american body: A survey report. *Psychology Today*, nov., 119-131.
- BOND, M. (1991). *Manual for the Defense Style Questionnaire*. Montréal: Jewish General Hospital. Document inédit.

- BOND, M., PERRY, J.C., GAUTIER, M., GOLDENBERG, M.,
OPPENHEIMER, J., SIMARD, J. (1989). Validating the
self-report of defense styles. *Journal of Personality
Disorders*, 3, 101-112.
- BOND, M.P., SAGALA-VAILLANT, J. (1986). An empirical study
of the relationship between diagnosis and defense
style. *Archives of General Psychiatry*, 43, 285-288.
- BOND, M., GARDNER, S., CHRISTIAN, J., SIGAL, J.J. (1983).
Empirical study of self-rated defense styles. *Archives
of General Psychiatry*, 40, 333-338.
- BOURQUE, P., BEAUDETTE, D. (1982). Étude psychométrique du
questionnaire de dépression de Beck auprès d'un
échantillon d'étudiants universitaires francophones.
Canadian Journal of Behavioral Sciences, 14, (3), 211-
219.
- BRUCH, H. (1978). *The golden cage*. New York: Basic Books.
- BRUCH, H. (1973). *Eating Disorders*. New York: Basic Books.
- BRUCH, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in
anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24, 187-194.
- BRUMBERG, J.J. (1988). *Fasting Girls*. Cambridge: Harvard
University Press.
- BRUSSET, B., COUVREUR, C. (1991). La boulimie. *Monographie
de la Revue Française de psychanalyse*. Paris: Presses
Universitaires de France.
- CASPER, R.C., ECKERT, E.D., HALMI, R.A., GOLDBERG, S.C.,
DAVIS, J.M. (1980). Bulimia. *Archives of General
Psychiatry*, 37, 1030-1035.
- CHARLTON, A. (1984). Smoking and weight control in
teenagers. *Public Health*, 98, 277-281.
- CRISP, A.H. (1980). *Anorexia nervosa: Let me be*. New York:
Grune and Stratton.
- DALLY, P., GOMEZ, J. (1979). *Anorexia Nervosa*. London:
Heinemann.
- DALLY, P. (1969). *Anorexia Nervosa*. New York: Grune and
Stratton.
- DEROGATIS, L., LIPMAN, R., RICKELS, K., UHLENHUTH, E.H.,
COVI, L. (1974). The Hopkins symptom checklist (HSCL):
A self-report symptom inventory. *Behavioral Science*,
19, 1-15.

- EMMETT, S.W. (Ed.) (1985). *Theory and treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia. Biomedical, Socio-cultural, and Psychological perspectives*. New York: Brunner/Mazel.
- FICHTER, M.M. (Ed.) (1990). *Boulimia Nervosa*. New York: Wiley.
- FREUD, S. (1923). *Essais de Psychanalyse*. Paris: Payot, 1972.
- FRIES, H. (1977). Studies on secondary amenorrhoea, anorectic behavior, and body image perception: importance of the early recognition of anorexia nervosa, in R.A. Vigersky (Ed.): *Anorexia nervosa* (pp. 163-176). New York: Raven Press.
- GARFINKEL, P.E., GARNER, D.M. (1982). *Anorexia Nervosa a Multidimensional Perspective*. New York: Brunner/Mazel.
- GAGNON, G., KISHCHUK, N., BELISLE, D., LAURENDEAU, M.C. (1991). Enquête santé Québec 87. Ministère de la Santé et des services Sociaux *Profil des Québécois désirant un poids insuffisant*. Bibliothèque National du Québec.
- GARNER, D.M., GARFINKEL, P.E. (Ed.) (1988). Diagnostic issues in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Eating Disorders Monograph Series*. Vol. 2. New York: Brunner/Mazel.
- GARNER, D.M., GARFINKEL, P.E., O'SHAUGNESSY, M. (1985). The validity of the distinction between bulimia with and without anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 142, 581-587.
- GARNER, D.M., OLMSTED, M.P., POLIVY, J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- GARNER, D.M., GARFINKEL, P.E. (1981). Body image in anorexia nervosa. Measurement, theory and clinical implications. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 11, 263-284.
- GARNER, D.M., GARFINKEL, P.E., SCHWARTZ, D., THOMPSON, M. (1980). Cultural expectations of thinness in women. *Psychological Report*, 47, 483-491.
- GARNER, D.M., GARFINKEL, P.E., MOLDOSKY, H. (1980). The heterogeneity of anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1036-1040.
- GARNER, D.M., GARFINKEL, P.E. (1980). Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 10, 647-656.

- GARNER, D.M., GARFINKEL, P.E. (1979). The eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medecine*, 9, 1-7.
- GARNER, D.M., GARFINKEL, P.E., STANCER, H.C., MOLDOFSKY, H. (1976). Body image disturbances in anorexia nervosa and obesity. *Psychosomatic Medecine*, 38, 227-237.
- GARTNER, A.F., HALMI, K., LORANGER, A.W., MARCUS, R.N. (1989). DSM-III-R Personality Disorder in patients with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1585-1591.
- GAUTHIER, J., LAWSON, J.S., MORIN, C., THÉRIAULT, F. (1982). Adaptation française d'une mesure d'auto-évaluation de l'intensité de la dépression. *Revue Québécoise de Psychologie*, 2, 13-27.
- GOODSITT, A. (1983). Self-regulatory disturbances in eating-disorders. *International Journal of Eating disorders*, 51-59.
- GRAY, J.J., FORD, K., KELLY, L.M. (1987). The prevalence of bulimia in a black college population. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 733-740.
- GULL, W.W. (1873). Anorexia hysterica (apepsia hysterica). *British Medical Journal*, 2, 527- 528.
- HAWKINS, R.C., CLEMENT, P.F. (1980). Development and construct validation of self-report measure of binge eating tendencies. *Addictive Behaviors*, 5, 219-226.
- HAYNAL, A., PASINI, W. (1984). *Medecine Psychosomatique*. Paris: Masson.
- HERMAN, C.P., POLIVY, J. (1975). Anxiety, restraint and eating behavior. *Journal of Personality*, 84, 666-672.
- HOOD, J., MOORE, T.E., GARNER, D.M. (1982). Locus of control as a measure of ineffectiveness in anorexia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 3-13.
- HSU, L., CRISP, A.H., HARDING, B. (1979). Outcome of Anorexia Nervosa. *Lancet*, i, 61-65.
- HERZOG, D.B., PEPOSE, M., NORMAN, D.K., RIGOTTI, N.A. (1985). Eating disorders and social maladjustment in female medical students. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 734-740.

- JEAMMET, P. (1991). Dysrégulations narcissiques et objectales dans la boulimie, in B. Brusset, C. Couvreur: *La Boulimie* (pp. 81-104). Paris: Presses universitaires de France.
- JOHNSON, C., CONNORS, M.E. (1987). *The Etiology and Treatment of Bulimia Nervosa*. New York: Basic Books.
- KALUCY, R.S., CRISP, A.H., HARDING, B. (1977). A study of 56 families with anorexia nervosa. *British Journal of Medical Psychology*, 50, 381-395.
- KENNEDY, S.H., MCVEY, G., KATZ, R. (1990). Personality disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 24, 259-269.
- KERNBERG, O.F. (1979). *Les Troubles Limites de la Personnalité*. Toulouse: Privat.
- KEYS, A. BROZEK, J., HENSCHER, A. et al. (1950). *The biology of human starvation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- KROUT TABIN, J. (1985). *On the way to self*. New York: Columbia University Press.
- LAPLANCHE, J., PONTALIS, J.B. (1967). *Vocabulaire de la Psychanalyse*. Paris: Presses Universitaires de France.
- LAXENAIRE, M. (1983). *La nourriture, la société et le médecin*. Paris: Masson.
- LASEGUE, C. (1873). L'anorexie hystérique. *Archives Générales Médicales*, 21, 385-403.
- MCDUGALL, J. (1991). Entretien sur la boulimie avec Joyce McDougall, in B. Brusset, C. Couvreur: *La Boulimie* (pp. 143-152). Paris: Presses Universitaires de France.
- MILLON, T. (1983). *Millon clinical multiaxial inventory* (3e éd. rev.). Minneapolis: National computer systems.
- MILLON, T. (1981). *Disorders of Personality: DSM-III: Axis: II*. New York: Wiley.
- MINUCHIN, S., ROSMAN, B., BAKER, L. (1978). *Psychosomatic families*. Cambridge: Harvard University Press.
- MORAN, P.W., LAMBERT, M.J. (1983). A review of current assessment tools for monitoring changes in depression, in M.S. Lambert, E.R. Christensen, S.S. DeJulio, (Ed.): *The assessment of psychotherapy outcome* (pp.203-303). New York: Wiley.

- NASSER, M. (1986). Comparative study of the prevalence of abnormal eating attitudes among Arabe female students of both London and Cairo University. *Psychological Medecine*, 16, 621-625.
- NORMAN, D.K., HERZOG, D.B. (1983). Bulimia, Anorexia, and Anorexia Nervosa with Bulimia: A comparative analysis of M.M.P.I. profiles. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 43-52.
- ORBACH, S. (1986). *Hunger Strike. The Anorexic's Struggle as a Metaphor for our age*. New York: Avon Books.
- ORBACH, S. (1985). Accepting the symptom: a feminist psychoanalytic treatment of anorexia nervosa, in D.M. Garner, P.E. Garfinkel (Ed.): *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia* (pp.). New York: Guilford Press.
- ORBACH, S. (1982). *Fat is a Feminist Issues*. Vol. 1. New York: Berkley Books.
- ORBACH, S. (1978). *Fat is a Feminist Issues*. Vol. 2. New York: Berkley Books.
- PALMER, R.L. (1979). Dietary chaos syndrome: A useful new term? *British Journal of Medical Psychology*, 52, 187-190.
- PIRAN, N., LERNER, P., GARFINKEL, P.E., KENNEDY, S.H., BROUILLETTE, C. (1988). Personality Disorders in anorexic patients. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 589-599.
- POPE, H.G., HUDSON, J.I. (1989). Are eating disorders associated with borderline personality disorder? A critical review. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 1-9.
- POPE, H.G., CHAMPOUX, R.F., HUDSON, J.I. (1987). Eating disorders and socio-economic class. Anorexia Nervosa in nine communities. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 10, 620-623.
- POPE, H.G., FRANKENBERG, F.R., HUDSON, J.I., JONAS, J.M., YURGELUN-TODD, D. (1987). Is bulimia associated with borderline personality disorder? A controlled study. *Journal of clinical psychiatry*, 48, 181-184.
- REHM, L.P. (1976). Assesment of depression. In *Behavioral assesment: a practical handbook*, edited by M. Hersen and A.S. Bellack. Oxford: Pergamon.

- REID, D.W., WARE, E.E. (1973). Multidimensionality of internal-external control: Implications for past and future research. *Canadian Journal of Behavior Science*, 5, 264-271.
- REYNOLDS, W.M., GOULD, J.W. (1981). A psychometric investigation of the standard and short form of the Beck Depression Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 306-307.
- RITENBAUGH, C. (1982). Obesity as a culture-bound syndrome. *Culture Medecine and Psychiatry*, 6, 347-364.
- RUSSELL, G.F.M. (1979). Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medecine*, 9, 429-448.
- SANCHEZ-CARDENAS, M. (1991). *Le comportement boulimique*. Paris: Masson.
- SCHWARTZ, D.M., THOMPSON, M.G., JOHNSON, C. L. (1982). Anorexia nervosa and bulimia: The socio-cultural context. *International Journal of Eating disorders*, 82, 20-36.
- SELVINI-PALAZZOLI, M. (1978). *Self-Starvation: From individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*. New York: Jason Aronson.
- SLADE, P.D. (1973). A short anorexic behavior scale. *British Journal of psychiatry*, 122, 83-85.
- SOHLBERG, S., NORRING, C. (1989). Ego functioning predicts first-year status in adults with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Acta Psychiatr Scand*, 80, 325-333.
- SPITZER, R.L., WILLIAMS, J.B. (1986). *Structured clinical interview for DSM-III-personality disorders (SCID-II)*. New York: New York State Psychiatric Institute.
- STEER, R.A., BECK, A.T. (1985). Modifying the Beck Depression Inventory: a reply to Vredenburg, Krames and Flett. *Psychological Reports*, 57, 625-626.
- STEIGER, H., HOULE, L. (1991). Defense style and object-relations disturbances among university women displaying varying degrees of symptomatic eating. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 145-153.
- STEIGER, H., GOLDSTEIN, C., MONGRAIN, M., VANDERFEEN, J. (1990). Description of eating disorders psychiatric, and normal women along cognitive and psychodynamic dimensions. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 129-140.

- STEIGER, H., LEICHNER, P. (1990). *A study of personality features, defensive style and developmental experiences of eating-disorder subtypes: Temporal sequence of psychological and symptomatic changes in patients undergoing treatment*. Document inédit.
- STRIEGEL-MOORE, R., SILBERSTEIN, L.R., RODIN, J. (1986). Toward an understanding of risk factors in bulimia. *American Psychologist*, 41, 256.
- STROBER, M., KATZ, J.L. (1988). Depression in the eating disorders: A review and analysis of descriptive, family, and biological findings, in D.M. Garner, P.E. Garfinkel (Ed.): *Diagnostic issues in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa* (pp.80-111). New York: Brunner/Mazel.
- STROBER, M. (1983). An empirically derived typology of anorexia nervosa, in P. Darby, P.E. Garfinkel, D.M. Garner, D.V. Coscina (Eds.): *Anorexia Nervosa: Recent developments in research* (pp. 185-197). New York: Alanhiss
- STROBER, M. (1981). The significance of bulimia in juvenile anorexia nervosa: An exploration of possible etiological factors. *International Journal of Eating Disorders*, 1, 28-43.
- STROBER, M., GOLDENBERG, I. (1981). Ego boundary disturbance in juvenile anorexia nervosa. *Journal of Clinical Psychology*, 2, 433-438.
- STROBER, M. (1980). Personality and symptomatological features in young, nonchronic anorexia nervosa patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 24, 353-359.
- STROBER, M., SALKIN, B., BURROUGHS, J., MORRELL, W (1980). Validity of the bulimia-restrictor distinction in anorexia nervosa. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 170, 345-351.
- STORY, I. (1977). Caricature and impersonating the other: Observations from the psychotherapy of anorexia nervosa. *Psychiatry*, 39, 176-188.
- SUGARMAN, A., QUINLAN, D.M., DEVENIS, L. (1982). Ego boundary disturbance in anorexia nervosa preliminary findings. *Journal of Personality Assessment*, 46, 455-461.

- SWIFT, W.J., WONDERLICH, S.A. (1988). Traits, disorders and structures, in D.M. Garner, P.E. Garfinkel (Ed.): *Diagnostic issues in Anorexia nervosa and Bulimia Nervosa* (pp.112-165). New York: Brunner/Mazel.
- VAILLANT, G.E., VAILLANT, C., BOND, M. (1986). An empirically validated hierarchy of defense mechanisms. *Archives of General Psychiatry*, 8, 786-794.
- VAILLANT, G.E., DRAKE, R.E. (1985). Maturity of ego defenses in relation to DSM-III, axis II personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 42, 597-600.
- VAILLANT, G.E., MILOFSKY, E.S. (1980). Natural history of male psychological health IX. Empirical evidence for Erikson's model of life cycle. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1348-1359.
- VAILLANT, G.E. (1977). *Adaptation to Life*. Boston: Little and Brown.
- VAILLANT, G.E. (1976). Natural history of male psychological health. *Archives of General Psychiatry*, 33, 535-545.
- VAILLANT, G.E. (1975). Natural history of male psychological health: Empirical dimensions of mental health. *Archives of General Psychiatry*, 32, 420-426.
- VAILLANT, G.E. (1971). Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms: A 30-years follow-up of 30 men selected for psychological health. *Archives of General Psychiatry*, 24, 107-118.
- WONDERLICH, S.A., SWIFT, W.J., SLOTNICK, H.B., GOODMAN, S. (1990). DSM-III-R personality disorders in eating disorder subtypes. *International Journal of Eating Disorder*, 9, 607-616.
- YATES, A. (1989). Current perspectives on the Eating Disorders: History, psychological and biological aspects. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, (6), 813-828.
- YATES, W.R., SIELENI, B., BOWERS, W.A. (1989). Clinical correlates of personality disorder in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorder*, 4, 473-477.

Appendice

CRITERES DIAGNOSTIQUES

American Psychiatric Association (DSM-III-R, 1987)

Anorexie Mentale:

a) Peur intense de devenir obèse qui ne diminue pas au fur et à mesure de l'amaigrissement.

b) Perturbations de l'image du corps; par exemple, prétend "se sentir gros(se)" même quand il (elle) est décharné(e).

c) Refus de maintenir son poids au-dessus d'un poids normal minimal, compte tenu de l'âge et de la taille.

d) Aménorrhée d'au moins trois mois.

Boulimie:

a) Episodes répétés d'accès boulimiques (consommation rapide d'une grande quantité de nourriture dans une période de temps limitée, habituellement moins de deux heures).

b) Au moins trois des manifestations suivantes:

1- absorption de nourriture hypercalorique, facilement absorbable durant un accès boulimique;

2- ingestion en cachette durant ces accès;

3- fin de ces épisodes par des douleurs abdominales, un endormissement, un événement extérieur ou des vomissements provoqués;

4- tentatives répétées pour perdre du poids par des régimes très restrictifs, des vomissements provoqués ou l'usage de laxatifs ou de diurétiques;

5- fréquentes fluctuations pondérales supérieures à 5 kg, dues à l'alternance d'accès boulimiques et de jeûnes;

c) Conscience du caractère anormal de cette conduite alimentaire et crainte de ne pouvoir s'arrêter volontairement de manger.

d) Tristesse de l'humeur et autodépréciation après les accès boulimiques.

e) Les épisodes boulimiques ne sont pas dus à une Anorexie Mentale ou à un autre trouble physique identifié.

RUSSEL (1990)

Anorexie:

a) Poids inférieur à 85% de la moyenne en raison d'une perte de poids que la personne s'est infligée elle-même.

b) Aménorrhée d'une durée d'au moins six mois.

c) Peur morbide de devenir grosse.

FEIGHNEIR ET AL. (1972)

Pour un diagnostic d'anorexie mentale, les critères a) à e) sont nécessaires:

a) Age de début avant 25 ans.

b) Anorexie avec une perte de poids d'au moins 25% du poids original.

c) Une attitude distordue, implacable envers l'alimentation, la nourriture ou le poids qui ne change pas avec la faim, les avertissements, la réassurance et les menaces:

Exemples:

1- négation de la maladie avec incapacité de reconnaître les besoins nutritionnels;

2- un plaisir apparent à perdre du poids avec des manifestations ouvertes que le refus de nourriture représente un plaisir;

3- le souhait d'une image corporelle d'extrême minceur avec évidence qu'il est valorisant pour le patient d'atteindre et de maintenir ce stade;

4- l'usage de manipulations inhabituelles de la nourriture.

d) Pas de maladie physique connue qui pourrait expliquer l'anorexie et la perte de poids.

e) Pas d'autre maladie psychiatrique, avec une référence particulière aux troubles affectifs majeurs, à la

schizophrénie et aux névroses obsessionnelles compulsives et phobiques.

f) Au moins deux des manifestations suivantes:

- 1-aménorrhée;
- 2-lanugo;
- 3-bradycardie;
- 4-périodes d'hyperactivité;
- 5-épisodes de boulimie;
- 6-vomissements qui peuvent être induits par
par la patiente elle-même.